FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean, Joseph, Jules, Emile LÉCALLIER

Né le 17 mars 1899 à Beauvais (Oise)

LES FORMES HÉPATIQUES

DE

L'APPENDICITE CHRONIQUE

Président : M. GUILLAIN, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE . . .	Chimie biologique.
BRANCA . . .	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
N.	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . .	Histologie.
CHIRAY . . } CLERC . . . }	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ECALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER } FOIX . . . . }	Pathologie médicale.
GARNIER. . .	Pathologie expérimentle.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ(Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie
N.	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER. . .	Obstétrique.
MOCQUOT . } MONDOR. . } MOURE. . . }	Pathologie chirurgicale
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils .	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL .	Obstétrique.
VELTER . . .	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT. .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
CHEVASSU .		LŒPER. . .	
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET . . .	Clinique médicale infantile.	N....	Clinique médicale.
		SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GUILLAIN

En très respectueux hommage.

INTRODUCTION

L'appendicite chronique a une symptomatologie très riche. Aussi a-t-elle provoqué une appréciable quantité de travaux aboutissant, comme on le verra plus loin, à la description de formes cliniques les plus diverses et parfois les plus inattendues. De toutes ces formes, s'il en est d'exceptionnelles, il en existe d'autres que l'on peut être appelé à rencontrer fréquemment.

La forme hépatique est parmi ces dernières, une des plus intéressantes et l'on peut s'étonner du peu d'importance que lui ont accordée les quelques auteurs qui l'ont signalée.

Quand il existe une infection chronique de l'appendice, s'il est un organe prédisposé par sa situation à en subir le contre-coup, il nous semble que c'est bien le foie.

Possédant quelques observations d'appendiculaires chez lesquels l'attention était en général attirée du côté de la glande hépatique ou des voies biliaires alors que l'appendice seul était en cause, nous nous proposons dans cet ouvrage d'étudier, surtout au point de vue clinique, les formes hépatiques de l'appendicite chronique.

Nous n'ignorons pas que le domaine de l'appendicite chronique s'est considérablement restreint ces dernières années. Nombre de médecins et de chirurgiens croient encore à la fréquence de l'infection appendiculaire chronique. D'aucuns se demandent si elle existe depuis que des voix autorisées ont proclamé que cette infection menace d'envahir sans raison la pathologie abdominale tout entière, que le diagnostic en est posé d'une façon exagérée, bref que « nombre de malades sont opérés pour une appendicite qu'ils n'ont pas » (Dieulafoy).

Nous croyons, quant à nous, que les cas rapportés plus loin et se traduisant avant tout, les uns par la souffrance du foie, les autres par la souffrance du tractus gastro-intestinal, relèvent d'une infection chronique de l'appendice ; que c'est cette infection qui est à l'origine des maux pour lesquels viennent consulter les patients ; et que un certain nombre de malades considérés comme des « hépatiques » ne sont pas opérés pour une appendicite qu'ils ont.

Par les observations que nous publions, nous croyons trancher la question, car, dans tous les cas, intervention ou traitement médical portant uniquement sur les troubles appendiculaires, ont amené la disparition des troubles et la guérison complète des malades.

Dans un premier chapitre, nous retracerons rapidement l'histoire des relations entre le foie et le tube digestif en énumérant les principaux auteurs qui ont attaché leurs noms à cette question, et en insistant davantage sur les relations pathologiques entre l'appendice et le foie.

Puis nous rapporterons les observations, base de cette étude, et ferons l'étude clinique des cas relevés. Nous dirons qu'elle est ou peut être l'évolution de cette affection et quelles sont les théories qui peuvent expliquer un retentissement hépatique.

Nous montrerons ensuite quelles sont les principales affections qu'il faut écarter pour arriver à en poser le diagnostic. Nous terminerons en envisageant la conduite du traitement.

Nous tenons à remercier ici notre maître M. P. Brodin, médecin des hôpitaux. Après nous avoir familiarisé avec le milieu médical dans le service de la clinique médicale de Saint-Antoine, nous avons eu le plaisir de le retrouver à la fin de nos études dans son propre service où il nous a de nouveau prodigué son enseignement.

Il a bien voulu nous indiquer le sujet de ce travail. Nous le remercions de nous avoir aidé dans nos recherches de conseils que rendait précieux sa grande expérience de la pathologie hépatique et digestive.

CHAPITRE I

—

HISTORIQUE DES RAPPORTS ENTRE LE TUBE DIGESTIF ET LE FOIE

Les relations entre le tube digestif et le foie ont toujours retenu l'attention des médecins.

Envisagées d'abord au double point de vue anatomique et physiologique elles ont donné lieu à de violentes controverses.

Galien, « le seul physiologiste des temps anciens » comme l'appelle Richet, émit le premier des idées qui régnèrent longtemps dans la science. Galien en effet et tous ceux qui l'ont suivi jusqu'au XVIIe siècle font du foie un appareil annexe de la digestion et jouant un rôle fondamental dans l'élaboration des aliments et dans l'hématopoièse. Entre 1620 et 1670 la découverte des chylifères et des lymphatiques vint changer la direction des idées. A cette époque, Aselli, Pecquet et Bartholin montrèrent que le chyle ne passe pas par le foie, mais retourne directement dans la veine sous-clavière sans que l'élaboration hépatique soit nécessaire. Bartholin déclara le foie déchu de sa puissance et, pendant plus d'un

siècle, le foie n'eut plus pour rôle que celui de sécréter de la bile.

Il faut attendre jusqu'à la seconde moitié du XIX^e^ siècle pour voir la glande hépatique prendre peu à peu la place importante qu'elle occupe aujourd'hui et c'est à Cl. Bernard que revient la gloire d'être inscrit le premier sur la liste des découvertes des fonctions hépatiques.

« Mais ainsi qu'il arrive souvent, fait remarquer Deguéret, la pathologie avait devancé la physiologie. Avant de savoir que les aliments absorbés par la veine porte étaient susceptibles d'influencer directement le foie, des cliniciens avaient vu que les désordres hépatiques et gastro-intestinaux s'enchaînent et se commandent souvent. Stahl à la fin du XVII^e^ siècle, Portal en 1813, Saunders en 1804, pour ne citer que les plus illustres, bien qu'ils n'admissent pas l'absorption porte, avaient fortement insisté sur les connexions étroites qui existent entre l'estomac et le foie à l'état normal, et sur le retentissement habituel des désordres de l'un de ces organes sur l'autre ». A la même époque Magendie émettait quelques idées sur les conséquences pathologiques et thérapeutiques du transport des ingesta au foie. En 1851, une série d'articles de Beau sur l'appareil spléno-hépatique nous montre combien les idées de Magendie eurent de peine à se faire jour.

*
* *

Les travaux de Bouchard inaugurent la période pendant laquelle les relations entre le tube digestif et le

foie sont surtout envisagées au point de vue pathologique.

Bouchard, qui s'attacha particulièrement à l'étude de la dilatation de l'estomac décrivit en 1884 une forme hépatique de la dilatation gastrique à type congestion plus ou moins fréquente et douloureuse du foie, avec ou sans ictère, pouvant faire croire à la lithiase biliaire. En 1892, Le Gendre confirme les opinions de Bouchard. Dès lors, les recherches sur l'atteinte de la glande hépatique au cours des processus gastro-intestinaux se multiplient. En 1892 paraît la fameuse thèse de Boix, partout citée, dans laquelle l'auteur étudie le foie des dyspeptiques et surtout la cirrhose par auto-intoxication d'origine gastro-intestinale. Dans cet ouvrage, Boix montre que l'alcool n'est pas tout dans l'étiologie des cirrhoses ; il rapporte une série d'observations de malades atteints de congestion permanente du foie d'origine gastro-intestinale et essaie d'individualiser un nouveau type clinique : la cirrhose dyspeptique. Cette thèse était inspirée par Hanot qui, l'année d'après, en 1895, au Congrès français de médecine de Bordeaux reprit la question des rapports de l'intestin et du foie en pathologie, s'étendit à nouveau sur les cirrhoses d'origine dyspeptique et proposa de les appeler cirrhoses de Budd, du nom du praticien anglais qui, le premier, les avait signalées.

Debove et Rémond, dans leur traité des maladies de l'estomac, Hayem dans une de ses cliniques médicales, relatent aussi la possibilité d'une atteinte hépatique au cours de la stase gastrique ou des différentes variétés de gastrites. Robin et son élève Deguéret étudient aussi

les relations pathologiques pouvant exister entre le foie, l'estomac et l'intestin.

Depuis cette époque, sous les noms de synergies, sympathies morbides, sympathèses, nombre d'auteurs ont parlé des corrélations pathologiques actives ou passives que l'on rencontre souvent en clinique entre différents organes parmi lesquels le foie est un des plus intéressants. Nous ne rappellerons que les principaux.

Les uns, tels que Mathieu et Roux et leurs élèves Mayeur et Cruet se sont surtout attachés à l'étude des modifications du volume du foie, décelées par l'examen extérieur, chez les dyspeptiques. Les autres ont cherché à mettre en évidence les viciations fonctionnelles légères du foie dans les affections intestinales telles que les colites, l'entéro-colite, la stase intestinale.

Lœper, en 1910, décrivait une forme biliaire de dilatation cæcale et publiait un article intitulé le « foie torpide » dans lequel il donnait les résultats de quelques analyses de laboratoire ayant décelé une légère insuffisance hépatique chez des sujets présentant des troubles digestifs divers. Duval et J. Ch. Roux font mention dans leurs travaux sur la stase stercorale dans le côlon ascendant du retentissement de l'intoxication intestinale sur le foie. En 1923, Brulé et Garban faisaient paraître une étude sur les hépatites et les cholécystites d'origine intestinale. Dans la description de ces « syndromes entéro-hépatiques » ils montrent que des lésions intestinales souvent graves, souvent depuis longtemps persistantes peuvent être fréquemment retrouvées alors que le foie ou les voies biliaires étaient seuls incriminés. Les

troubles hépato-biliaires qui surviennent plus ou moins tard au cours d'une constipation cæcale ou d'une colite chronique peuvent revêtir trois modalités différentes souvent coexistantes : la congestion hépatique, la rétention biliaire et la cholécystite. Les travaux de Chiray et de ses élèves Semelaigne, Lebègue et Lebon mentionnent le rôle de l'intestin ou de la stase colique dans la congestion hépatique active, et dans les cholécystites chroniques non calculeuses. A la même époque, dans une communication faite à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, Savignac et Mathieu de Fossey abordent la question de l'insuffisance hépatique dans les entérocolites chroniques ; celle-ci a été mesurée par les modifications fonctionnelles du foie portant sur l'urine et le sang et sur dix-sept cas examinés, les auteurs ont trouvé treize fois des signes d'insuffisance hépatique portant sur toutes les fonctions ou sur l'une des fonctions du foie.

Cette question de troubles hépatiques succédant à des désordres intestinaux a été signalée par des chirurgiens et des médecins de villes d'eaux. Nous renvoyons à la bibliographie pour la connaissance des principaux articles dans lesquels il est fait mention de ces états.

D'autres auteurs, semblant considérer la lésion hépatique comme primordiale, ont signalé la coexistence de troubles hépatiques et de troubles intestinaux. Parmi ceux-ci, nous ne citerons que Glénard qui a noté l'existence fréquente de troubles intestinaux et surtout cæcaux chez des sujets atteints « d'hépatisme ». Pour lui la lésion du foie est le fait dominant ; l'hépatisme en-

traînerait l'entéroptose qui entraînerait elle-même l'entéro-colite. MM. Gilbert et Lereboullet ont décrit dans la « cholémie familiale » des troubles gastro-intestinaux ; pour eux aussi ce sont des symptômes secondaires liés à la « diathèse d'auto-infection ».

*
* *

De l'appendicite aiguë nous ne dirons que quelques mots. Sa connaissance ne date que des travaux des chirurgiens américains qui, de 1886 à 1892 substituèrent l'appendicite à la typhlite. Certes « à la France appartient l'honneur d'avoir publié le premier cas d'appendicite constaté » (1) ainsi que l'a fait remarquer un chirurgien américain dans une communication à la Société de Chirurgie, mais les premières études systématiques sur

---

(1) Ce premier cas fut rapporté en 1759, par Mestivier, dans le Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacie, comme il suit :

« Un homme âgé d'envir n 45 ans se présenta à l'hôpital St-André de Bordeaux pour se faire traiter d'une tumeur située près de la région ombilicale du côté droit. Le chirurgien aperçut une fluctuation considérable, et il fit une incision ; il en sortit environ la valeur d'une pinte de pus d'assez mauvaise qualité. L'ulcère qui résulta de l'ouverture ne fut pas longtemps à déterger, mais lorsqu'il y avait lieu d'espérer une cure prochaine, le malade mourut. A l'autopsie, le cæcum ne présentait rien d'extraordinaire ; il était parsemé d'escarres gangréneuses. Il n'en était pas de même de l'appendice vermiculaire ; à peine l'eut-on ouvert qu'on y trouva une grosse épingle, toute incrustée, et tellement érodée en certains endroits que le moindre effort l'aurait rompue, ce qui venait non seulement de l'humidité, mais encore de l'âcreté de la matière renfermée dans l'appendice vermiculaire On concevra facilement d'après ce que je viens de dire bien que le malade n'ait jamais parlé d'avoir avalé d'épingle) que celle qui fait le sujet de cette observation était renfermée depuis longtemps dans l'appendice du cæcum ; que c'était elle qui irritait les différentes tuniques qui entrent dans sa composition, y avait déterminé tous les accidents de la maladie et la mort qui l'a suivie ».

l'appendicite furent faites en Amérique. En France, Talamon (1892) Dieulafoy (1896) mirent l'appendicite à l'ordre du jour et dans tous les pays des travaux innombrables étudièrent cette question. Personne n'ignore les relations pathologiques entre l'appendice et le foie, et tous les ouvrages mentionnant les complications à distance de l'appendicite aiguë citent en première ligne le « foie appendiculaire » de Dieulafoy, c'est-à dire la toxi-infection du foie consécutive à l'appendicite. A côté de cette hépatite toxique, on connaît l'hépatite purulente qui se présente sous la forme d'abcès aréolaires périportaux (Achard, Chauffard). Quant à la pyléphlébite radiculaire ou tronculaire, c'est une complication relativement rare. Beaucoup plus fréquents et plus importants sont les troubles qui relèvent de la coexistence d'appendicite et de cholécystite. Déjà étudiés par Dieulafoy sous le nom « d'appendiculo-cholécystite », M. le Professeur Chauffard les a signalés et ils ont été récemment repris par MM. Durand et Binet qui ont apporté quatre-vingts observations de malades opérés d'appendicite présentant des troubles de lithiase biliaire avérée

*
* *

L'appendicite chronique est de connaissance récente. En mai 1897, Brun, dans la *Presse Médicale* publia les premières observations. Elles furent suivies au Congrès de Chirurgie d'octobre 1898, par celle de Walther. S'il est juste de mettre les noms de ces deux chirurgiens en tête d'une étude sur l'appendicite chronique, ils ne res-

tèrent pas longtemps « Les seuls apôtres de l'appendicite chronique » selon une expression de Silhol. En effet Ewald, au congrès allemand de chirurgie de 1899, sous le nom d'appendicites larvées, rapporte des observations d'appendicite chronique. Puis Jalaguier, à la séance de la Société de Chirurgie du 14 février 1900, fait remarquer qu'après avoir été autrefois d'un avis différent, il est désormais d'accord avec Brun et Walther pour décrire cliniquement une appendicite chronique. Depuis, cette affection a donné lieu à de multiples travaux ; mais certains auteurs qui ont écrit sur l'appendicite chronique ont englobé sous le même titre l'appendicite chronique secondaire à des crises aiguës, l'appendicite à répétition et l'appendicite chronique d'emblée que d'aucuns ont appelé appendicite chronique pure. Ce dernier état mérite seul d'être décrit sous le nom d'appendicite chronique. Brin en a donné une bonne définition en disant que sous le nom d'appendicite chronique d'emblée « on décrit toutes les appendicites non spécifiques dont le début n'a pas été marqué par une crise aiguë. Par là, ajoute-t-il, sont éliminées les appendicites tuberculeuses, cancéreuses, actinomycosiques, et toutes les variétés d'appendicites chroniques consécutives à l'appendicite aiguë, que la crise ait été unique ou qu'il s'agisse d'appendicite à répétition ».

Au point de vue strictement anatomique, cette division ne saurait exister, et l'on tend de plus en plus à admettre avec raison que le processus anatomique est un processus essentiellement chronique sur lequel peuvent venir se greffer des épisodes aigus ; aussi a-t-on

dit à juste titre que toute appendicite est chronique d'emblée.

Au point de vue clinique, il n'en est plus ainsi. Bien des malades n'ont jamais souffert avant la première crise aiguë ; d'autres, mais seulement rétrospectivement, accusent certains phénomènes prémonitoires, vagues d'ailleurs. Chez certains par contre, l'infection atténuée de l'appendice se traduit par tout un ensemble de symptômes qui constituent le tableau clinique de l'appendicite chronique. La symptomatologie de l'affection est d'une grande variabilité ; cela tient à la grande diversité des formes cliniques. Celles-ci sont en effet très nombreuses et très dissemblables. « Elles sont à ce point différentes les unes des autres, écrit Girou, qu'il serait ridicule de tenter de schématiser l'aspect de cette affection ». « Aucune affection n'a des traits plus ondoyants que l'appendicite chronique » disent Bérard et Vignard dans leur Traité sur l'Appendicite.

La plupart des auteurs placent en tête de la description des diverses modalités de l'affection trois éléments suffisamment fréquents pour pouvoir être isolés. Ce sont :

La douleur ;

Les troubles digestifs ;

Les signes généraux.

Puis, ils s'attachent à la description d'une forme clinique non signalée jusque-là ou bien passent en revue les différentes formes décrites avant eux. Nous n'entreprendrons pas le rappel de toutes ces formes ; qu'il nous suffise de citer :

Des formes douloureuses parmi lesquelles Guinard a voulu individualiser l'appendicalgie ;

Des formes à intoxication pure ;

Des formes digestives à prédominance de symptômes soit gastriques, soit intestinaux ;

Des formes hépatiques dans le détail desquels nous entrerons plus loin ;

Des formes urinaires pouvant simuler une néphroptose, une lithiase ou une rétention d'urine ;

Des formes pulmonaires, principalement à type pseudo-tuberculeux, ou asthme appendiculaire ;

Des formes pelviennes, surtout ovariennes ;

Des formes nerveuses parmi lesquelles on trouve : une forme céphalalgique ; une forme hémisudative (Moty) ; une forme à tics douloureux de la face (Toussaint) ; une forme à poussées névritiques avec amyotrophie (Raymond et Guillain) ; une forme pseudo-paralytique (Courtellemont et Gilbert Ballet) ; une forme pseudo-méningitique (Broca) ; une forme neurasthénique, etc... ;

Des formes propres à l'enfant ;

Des formes anormales comprenant : une forme herniaire, une forme pseudo-néoplasique, des appendicites claudicantes étudiées par M. Enriquez qui a signalé la sciatique appendiculaire et la pseudo-coxalgie appendiculaire.

Cette simple énumération suffit à montrer sous quels masques il faut parfois savoir dépister l'infection chronique de l'appendice.

Les rapports de l'appendicite chronique avec le foie

ont été étudiés à différents points de vue. Les uns, dans les chapitres de symptomatologie, ont noté l'augmentation de volume du foie et la légère teinte subictérique de beaucoup de sujets présentant un état chronique appendiculaire. Walther dès 1900 et ses élèves Rastouil et Wagon ont insisté sur ce fait. D'autres ont étudié les cholécystites, angiocholites et périviscérites de la région sous-hépatique et ont noté une relation de cause à effet entre certaines lésions appendiculaires et des périviscérites du « Carrefour supérieur ». MM. Gilbert et Lereboullet ont été frappés de la coïncidence de l'appendicite et de la cholémie familiale. Enfin certains ont signalé la coexistence plus ou moins fréquente d'appendicite chronique et de cholécystite (Appendiculo-cholécystite, cholécysto-appendicite).

Dans les descriptions des différentes modalités de l'appendicite chronique, la plupart des auteurs ne font pas mention de la forme hépatique. Bérard et Vignard dans leur important traité sur l'Appendicite estiment qu'il n'y a « aucune nécessité » à décrire cette forme.

Brin en 1909 parle d'une forme sous-hépatique avec ictère pouvant relever d'une simple angiocholite de voisinage, et fait remarquer que le diagnostic peut être très difficile entre cette forme et la cholécystite calculeuse.

Dans son rapport au Congrès français de chirurgie de 1911, Silhol dit que « la forme hépatique de l'appendicite se présente sous deux aspects également difficiles à reconnaître » : Une forme dans laquelle domine l'intoxication chronique, les malades ayant souvent un gros foie, pouvant faire des poussées d'ictère ou rester

simplement jaunes ; et une « forme douloureuse hépatique qu'il faut savoir distinguer d'une colique hépatique ; c'est parfois parfaitement difficile surtout si on a affaire à une appendicite sous-hépatique ». Cet auteur parlant ensuite des relations cliniques de l'appendicite et de la cholécystite montre que les deux affections peuvent se succéder à quelques heures ou à quelques jours, ou être simultanées ou exister avec des symptômes de cholélithiase si frustes que le diagnostic erre souvent un certain temps. Il termine en faisant remarquer qu'il est « parmi ces hépatiqués des malades qui appartiennent au groupe de la cholémie familiale de Gilbert et Lereboullet. Ce sont des malades à teint jaune plus ou moins bistré, dont l'intérieur des mains est également jaune, ce sont essentiellement des intoxiqués hépatiques qui résistent aux traitements médicaux les plus logiques ».

Girou, dans sa thèse sur l'appendicite chronique pure signale deux formes hépatiques : l'une par association d'angio-cholécystite à l'appendicite pouvant revêtir trois modalités ; les deux localisations hépato-vésiculaire et appendiculaire peuvent être aussi intenses, les symptômes appendiculaires peuvent prédominer ou enfin ils peuvent céder le pas aux symptômes hépatiques ; — l'autre est la forme cholémique.

Enfin en 1920, Poenaru Caplesco appelle « hépatiques appendiculaires » des malades observés par lui chez qui l'appendicite était tout à fait latente, mais qui présentaient des phénomènes hépatiques disparaissant après appendicectomie.

Il est étonnant de ne pas trouver d'ouvrage d'ensemble sur cette question étant donnés la fréquence, l'intérêt de ces formes hépatiques et les répercussions diverses qu'elles peuvent avoir sur l'organisme.

Dans cette étude sur les formes hépatiques de l'appendicite chronique nous écarterons tout ce qui a été décrit sous le nom d'appendiculo-cholécystite, de forme hépatique par association d'angio-cholécystite. Il existe dans ces cas deux maladies bien différentes qui peuvent être coexistantes ou dont l'une peut être la complication de l'autre.

Nous nous en tiendrons aux formes d'appendicite chronique qui donnent des symptômes, soit du côté des voies biliaires, soit du côté de la cellule hépatique elle-même.

CHAPITRE II

—

ETUDE CLINIQUE

Nous allons dans la première partie de ce chapitre rapporter les vingt et une observations qui ont servi de base à cette étude. Les quinze premières sont inédites. Les autres, dans lesquelles l'examen radioscopique n'a jamais été pratiqué (sauf une fois), ont été recueillies dans la littérature. Il nous eût été facile de les multiplier. Nous nous sommes attaché à ne prendre que des observations se rapprochant des nôtres.

Dans la deuxième partie, nous résumerons la symptomatologie présentée par les malades et isolerons, chez ces appendiculaires, plusieurs formes hépatiques.

I. — Observations

Obs. I. — Mlle Bru..., 21 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine en septembre 1926 pour des douleurs abdominales vives. Bien portante jusque-là ; bien réglée ; ayant seulement de temps à autre quelques pertes blanches, elle a par contre toujours été extrêmement constipée.

Depuis plusieurs années, elle souffre du ventre au moment de ses époques et surtout en allant à la selle.

Le 2 septembre 1926 elle est prise de douleurs vives dans le ventre avec tendances nauséeuses. Fièvre aux environs de 38°. Un médecin appelé fait le diagnostic de colique hépatique et l'envoie à l'hôpital.

A son entrée, la malade se plaint toujours de douleurs assez vives qu'elle localise plutôt dans la région sous-costale droite.

La palpation à ce niveau détermine dans la région vésiculaire une douleur très vive paraissant confirmer le diagnostic de colique hépatique.

Mais un examen plus complet met en évidence dans la région de Mac Burney un autre point encore plus douloureux qui fait porter le diagnostic d'appendicite avec réaction vésiculaire.

La malade est mise au repos complet, à la diète, à la glace sur le ventre. Dès le cinquième jour, la température qui s'est maintenue autour de 38° redevient normale et les douleurs spontanées s'atténuent. L'examen montre une disparition du point douloureux vésiculaire, mais une persistance très nette du point appendiculaire.

La malade est opérée le 6 octobre. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une petite quantité de liquide jaune filant et trouble. Le cœcum est rouge et d'aspect dépoli, adhérent à la fosse iliaque. En le décollant progressivement on finit par découvrir l'appendice entièrement rétro-cæcal et ascendant, plaqué par des membranes épaisses et rouges contre la paroi cæcale.

On pratique l'ablation de l'appendice et la malade guérit rapidement.

Obs. II. — Mlle D..., 30 ans, vient consulter en septembre 1922 pour des douleurs abdominales.

Ces douleurs remontent à plusieurs années, à une grippe

contractée en 1918. Elles ont apparu quelques jours après la guérison de cette grippe et ont persisté depuis. Elles sont surtout sous-costales droites avec irradiations dans le dos.

A l'examen, on note l'existence d'une zone douloureuse épigastrique et d'un point vésiculaire très net, particulièrement intense dans l'inspiration. Mais il existe en outre un point plus bas situé, dans la région de Mac Burney, s'abaissant dans la position verticale.

Un examen radioscopique pratiqué confirme l'existence de deux points douloureux : l'un sous-hépatique, l'autre siégeant sur le bord interne du côlon ascendant et se déplaçant avec ce dernier.

On porte le diagnostic d'appendicite chronique avec réaction vésiculaire et, les douleurs persistant, une opération est pratiquée.

L'appendice est enlevé et, dans les semaines qui suivent, les douleurs disparaissent complètement.

Obs.. III. — Mlle Ber..., 29 ans, très bien portante jusque-là, présente en juillet 1915 une crise douloureuse à droite considérée comme une colique hépatique, et pour laquelle elle fait une saison à Vichy. Malgré son retour à Vichy les années suivantes, elle refait plusieurs crises comparables et, en septembre 1919, est opérée d'un kyste de l'ovaire.

Au cours de cette intervention, on pratique l'ablation totale de l'utérus et des annexes, suivie de l'ablation de l'appendice.

Deux ans après, les douleurs reparaissent et surviennent par crises de plus en plus fréquentes, considérées comme des crises de colique hépatique.

Un nouvel examen médical pratiqué en octobre 1922 montre l'existence de deux points douloureux ; un point vésiculaire très net et, dans la région de Mac Burney, un autre point douloureux plus intense encore que le premier.

Malgré l'ablation antérieure de l'appendice, on porte

le diagnostic d'appendicite chronique avec réaction vésiculaire, qu'un examen radioscopique semble confirmer en mettant en évidence, outre le point sous hépatique, une zone douloureuse sur le bord interne du colon ascendant et mobile avec ce dernier.

Une nouvelle opération est pratiquée le 28 octobre 1922. Elle permet de constater que, lors de la première intervention, l'appendice n'a été que partiellement enlevé et que le moignon restant est congestionné et entouré d'adhérences nombreuses.

L'appendice est enlevé, le moignon enfoui, les adhérences libérées, et, depuis cette dernière opération, toutes les douleurs abdominales ont complètement disparu.

Obs IV. Mlle Bou..., 20 ans, vient se faire examiner en janvier 1922 pour des crises douloureuses abdominales datant de trois ou quatre ans et s'accompagnant de fatigue générale, troubles digestifs, fièvre.

Ces crises, observées par toute une série de médecins et considérées toujours comme d'origine hépatique, persistent aussi fréquentes et aussi intenses malgré les différents traitements essayés.

La malade est amaigrie, présente fréquemment un mouvement fébrile le soir et se plaint de constipation opiniâtre depuis plusieurs années.

A l'examen, tout l'abdomen est douloureux, surtout du côté droit ; mais il est possible de mettre en évidence deux zones particulièrement sensibles : le creux épigastrique et la région de Mac Burney.

Un examen radioscopique montre un point douloureux correspondant à une masse paravertébrale, se déplaçant dans les différentes positions, mais indépendante de l'intestin. Cette masse est considérée comme une calcification mésentérique probable, en rapport avec une appendicite chronique.

Une intervention pratiquée montre l'existence d'une appendicite chronique nette et d'une masse calcaire mésentérique paraissant être un ganglion calcifié.

Après ablation de l'appendice, la malade se remet rapidement, a repris son état général et n'a présenté, depuis cette époque, aucune nouvelle crise douloureuse.

Obs. V. — M. Gr..., âgé de 32 ans, vient en juillet 1926 à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine pour des troubles digestifs datant de quatre ans.

Il ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires et collatéraux, est marié sans enfants. Il n'a jamais été malade jusqu'en 1915, date de sa mobilisation. Dans l'infanterie pendant toute la guerre, il a été gazé en 1918 par de l'ypérite qui a provoqué des troubles oculaires et des brûlures de la peau, sans troubles respiratoires, ni digestifs. Il se rappelle seulement avoir toujours eu un intestin fragile avec crises de diarrhée au moindre écart de régime.

En 1921, il est pris de douleurs très vives au milieu du ventre. Un médecin de Bruxelles, où il était à ce moment, appelé, pense à la possibilité d'une crise d'appendicite. Six mois après, il a de nouveau pendant trois ou quatre jours des douleurs du même type, mais sans vomissements, ni fièvre.

En février 1924, nouvelle crise plus douloureuse.

En juillet 1924, reprise des douleurs pendant deux jours, avec vomissements. On pense à une colique hépatique et on lui fait une piqûre de morphine.

En septembre 1924, il présente les mêmes douleurs, mais avec des vomissements et reste jaune pendant dix jours. Depuis cette dernière crise, il reste toujours fatigué.

En janvier 1925, il fait une grippe avec forte fièvre et grande dépression nerveuse. Dans la convalescence, il a pendant quelques jours de la diarrhée avec glaires (pendant une quinzaine de jours) puis est repris de douleurs abdominales

qui persistent depuis cette époque et s'accompagnent d'un amaigrissement de dix-huit kilogrammes.

Le malade se plaint en outre d'alternatives de constipation et de diarrhée.

A l'examen, on se trouve en présence d'un sujet très amaigri, ne pesant plus que soixante-quatre kilogrammes alors qu'il atteignait avant sa maladie quatre-vingt-quatre kilogrammes. Le pouls est régulier, bien frappé ; la tension artérielle un peu basse. L'auscultation ne révèle aucune lésion ni pulmonaire, ni cardiaque.

La palpation abdominale révèle un gargouillement iliaque droit très marqué, avec une douleur nette à la pression dans la région de Mac Burney, s'abaissant en position verticale.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine, mais des phosphates en grande quantité.

Il existe du subictère très net des conjonctives.

Un examen de matières ne montre aucun parasite.

Un examen radioscopique en positions verticale et horizontale confirme le diagnostic d'appendicite chronique en montrant un point douloureux siégeant à la partie inférieure et interne du cæcum et s'abaissant avec ce dernier.

Sous l'influence du repos, du régime, de la désinfection intestinale, la tendance diarrhéique disparaît ainsi que le subictère, mais l'amaigrissement persiste et la palpation met toujours en évidence un point douloureux dans la région de Mac Burney.

Le malade est opéré d'appendicite le 17 novembre 1925. On trouve un appendice long, adhérent, présentant une cicatrice inflammatoire à sa partie moyenne.

Les suites opératoires sont normales. Douleurs, diarrhée, gargouillement ont complètement disparu. Le malade réengraisse régulièrement et avait repris, en octobre 1926, huit kilogrammes.

Obs. VI. — M. La .. 35 ans, ne présente aucun antécédent héréditaire ou collatéral intéressant. Marié, a deux enfants bien portants. Il n'a jamais eu aucune maladie, si ce n'est deux angines de Vincent.

En décembre 1924, il vient se faire examiner pour des troubles digestifs persistants, datant de un an, et consistant en deux selles liquides chaque jour, surtout après les repas. A deux reprises, ces troubles se sont accompagnés de douleurs permettant de penser à la possibilité d'une appendicite.

A l'examen on trouve un sujet vigoureux, non amaigri, ne présentant aucune lésion, ni pulmonaire ni cardiaque.

La palpation abdominale ne réveille aucune douleur. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine, ni phosphates.

Il est mis au régime et à la désinfection intestinale ; son état s'améliore. Il conserve cependant fréquemment, après une selle normale le matin, une selle impérieuse, explosive et liquide après un repas

En mars 1926, il est réveillé brusquement vers minuit par une sensation d'oppression et d'étau à la partie inférieure du thorax, bientôt suivie de nausées et de vomissements qui amènent un soulagement immédiat. Le lendemain, les urines sont foncées, les matières décolorées.

Quatre ou cinq jours après, au réveil, même sensation d'oppression et de gêne avec sueurs froides.

La nuit suivante, nouvelle crise calmée par la morphine. Un médecin appelé croit à une colique hépatique.

A l'examen quelques jours après ces dernières crises, la palpation abdominale ne révèle ni point épigastrique, ni point vésiculaire, mais un point appendiculaire très net se déplaçant en position verticale.

Un examen radioscopique pratiqué confirme le diagnostic en mettant en évidence sur le bord interne du cæcum un point douloureux très net se déplaçant avec ce dernier.

Le malade est opéré quelques jours après. On trouve un appendice long, adhérent, cicatriciel.

Les suites opératoires sont normales Les troubles ont complètement disparu depuis cette époque.

Obs. VII. — Mlle G L... 29 ans, vient se faire examiner en décembre 1925 pour des douleurs abdominales avec crises diarrhéiques. Dans ses antécédents, on note seulement le fait qu'un de ses huit frères et sœurs est mort de tuberculose intestinale et que plusieurs autres sont délicats.

Elle a toujours été un peu délicate, mais n'a jamais été vraiment malade. Est régulièrement réglée depuis l'âge de quatorze ans toutes les trois semaines. Elle se plaint seulement de pertes blanches fréquentes depuis des années.

Les troubles digestifs sont également très anciens, elle se plaint fréquemment de douleurs en ceinture, et, au moindre écart de régime, a de la diarrhée.

L'examen ne montre aucune lésion ni respiratoire ni cardiaque. La palpation de l'abdomen révèle à la pression profonde un point douloureux dans la région de Mac Burney. La malade est mise à un régime sévère, à la désinfection intestinale, malgré lesquels, en février 1926, elle est prise brusquement après déjeuner de coliques violentes suivies pendant plusieurs jours de diarrhée avec trois ou quatre selles liquides par jour.

Un nouvel examen pratiqué à ce moment montre de l'amaigrissement (perte de poids de un kilogramme) et la persistance du point de Mac Burney.

Nouvelle crise douloureuse avec vomissements, mais sans diarrhée le 5 mars.

Nouvelle crise avec vomissements et diarrhée ultérieure le 20 mars.

Un nouvel examen montre la persistance de l'amaigrissement, la malade a encore perdu un kilogramme, et une douleur toujours très nette au point de Mac Burney.

Un examen radioscopique pratiqué confirme le diagnostic d'appendicite chronique, en montrant un point douloureux sur le bord interne du cæcum, se déplaçant avec ce dernier.

La malade est opérée le 27 mars. Depuis cette date, les crises douloureuses ont complètement disparu et la malade réengraisse régulièrement.

Obs. VIII. — Mme Co... âgée de 26 ans, vient se faire examiner en mars 1926 pour des troubles digestifs surtout marqués depuis quelques mois.

Fille unique, elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, est mariée et a un enfant de deux ans. Réglée à quatorze ans, elle a toujours été bien réglée, sauf depuis son accouchement où l'existence d'un certain degré de métrite provoque des pertes blanches et des règles parfois plus prolongées. Elle n'a jamais été malade, à part une grippe en 1918 ; mais se rappelle avoir toujours été délicate de l'intestin avec tendance à la constipation et, souvent, douleurs abdominales.

En août 1925, elle est prise brusquement la nuit de diarrhée avec vomissements et douleurs violentes dans le ventre.

En février 1926, nouvelle crise comparable.

A l'examen, on trouve une malade amaigrie, s'alimentant d'ailleurs très peu pour ne pas réveiller les douleurs abdominales et présentant presque tous les soirs un léger mouvement fébrile. Elle se plaint de souffrir presque tous les jours du ventre et reste très constipée.

L'auscultation ne révèle aucune lésion cardiaque ni pulmonaire.

Mais la palpation abdominale réveille des points douloureux multiples surtout marqués au niveau du creux épigastrique et dans la région de Mac Burney où la palpation permet de sentir en outre une contracture spasmodique de l'intestin

Il existe des phosphates dans les urines.

Un examen radioscopique montre une ptose viscérale très marquée, un estomac distendu à évacuation retardée, un colon droit à bas-fond cæcal très abaissé et probablement adhérent avec contracture à la palpation, un point douloureux profond, fixe sur le bassin.

La malade est mise au régime et à la désinfection intestinale. Malgré cela, les troubles digestifs persistent, la constipation reste très marquée ; la malade ne reprend pas de poids.

Un nouvel examen pratiqué en mai 1926 montre la prédominance du point de Mac Burney dans les douleurs diffuses abdominales, et la malade est opérée le 8 juin.

On enlève un appendice long, adhérent, congestionné et on fixe le cæcum.

Depuis l'opération, la malade ne souffre plus du ventre, est beaucoup moins constipée et reprend progressivement du poids.

Obs. IX. — Mlle M..., institutrice, âgée de 26 ans, vient consulter en septembre 1925 parce qu'elle souffre du foie. Elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Réglée à douze ans, elle a toujours a été bien réglée depuis ; mais a une tendance très marquée depuis longtemps à la constipation Ayant séjourné aux colonies, elle est impaludée depuis une dizaine d'années et fait de temps à autre quelques accès très légers.

Les troubles dont elle se plaint actuellement remontent à six ans. Depuis cette date elle est prise de temps à autre d'une sensation de barre épigastrique avec hypersalivation. Depuis un an, les crises se sont rapprochées et surviennent tous les mois, indépendamment des époques. Ces crises commencent en général dans la soirée par une douleur, dans le flanc droit, qui s'étend à l'estomac. Au bout de peu de temps, surviennent des vomissements et une ou plusieurs selles souvent liquides. La température s'élève à 39° pendant

un ou deux jours, les yeux prennent une teinte subictérique, les urines sont rouges foncées. Au bout de deux à trois jours tout disparaît.

A l'examen, on constate un certain degré d'amaigrissement, environ six kilogrammes. La tension artérielle est normale L'auscultation du cœur ne révèle rien de particulier. L'auscultation des poumons révèle une diminution nette de la respiration à droite.

La palpation abdominale met en évidence plusieurs points douloureux : un point épigastrique moyen ; une douleur sous-hépatique très localisée, surtout marquée dans l'inspiration, s'accompagnant d'un point phrénique droit léger ; et surtout un point de Mac Burney s'abaissant en position verticale.

Les réflexes sont normaux. Rien d'anormal dans les urines.

Un examen radioscopique confirme le diagnostic d'appendicite chronique avec cholécystite en montrant un point sous-hépatique et un point douloureux siégeant sur le bord interne du cæcum et se déplaçant avec lui.

La malade est mise à un régime lacto-végétarien avec désinfection intestinale.

Depuis cette date, les crises ont complètement disparu. La palpation abdominale montre la disparition complète de la douleur sous hépatique et la persistance du point de Mac Burney.

Obs. X. — M. Ca..., âgé de 24 ans, vient consulter en septembre 1923 pour des accidents rattachés par lui et par les médecins qui l'ont examiné à des troubles du foie.

Depuis deux ans, il se plaint de vertiges, d'insomnies et a deux fois par mois, en moyenne, des crises de diarrhée,

Dans ses antécédents, on relève des troubles intestinaux vers l'âge de sept ans, qui pourraient bien avoir été une crise d'appendicite, et une nouvelle crise comparable ayant né-

cessité un séjour au lit de quinze jours trois ans auparavant en 1921.

A l'examen, on ne constate rien d'anormal du côté du cœur et des voies respiratoires. Les réflexes sont normaux.

Par contre la palpation de l'abdomen met en évidence un point de Mac Burney très net, se déplaçant en position verticale, avec gargouillement iliaque.

Il existe des phosphates dans les urines.

Le malade est traité par la désinfection intestinale. Les malaises disparaissent momentanément, puis reparaissent.

Un examen radioscopique pratiqué l'année suivante, en décembre 1924, montre un point douloureux sur le bord interne du cæcum, se déplaçant avec l'intestin.

Les troubles persistant, le malade est opéré le 11 février 1925. On trouve un appendice adhérent, cicatriciel.

Les suites opératoires sont normales. Les troubles ont complètement disparu depuis cette date.

Obs. XI. — M. Le..., âgé de 26 ans, employé à la S. T. C. R. P. entre en octobre 1925 dans un service de chirurgie parce qu'il souffre du flanc droit.

Un examen pratiqué à ce moment-là montre un point sous hépatique très net qui fait porter le diagnostic de cholécystite, et le malade est opéré. On trouve une vésicule distendue, mais ne présentant aucune lésion apparente, que l'on se contente d'inciser, et le malade sort quelques jours après.

Il revient se faire examiner un an après, en août 1926, parce qu'il n'est en rien soulagé par cette opération et a continué à souffrir autant, sinon plus, depuis cette date

Les douleurs s'accompagnent de troubles digestifs variés et d'un amaigrissement continu.

Un nouvel examen, plus complet, pratiqué à cette date met en évidence le point vésiculaire et surtout dans la région appendiculaire, un point douloureux extrêmement net, beau-

coup plus intense que le précédent, s'abaissant en position verticale.

Un examen radioscopique confirme le diagnostic en montrant un point douloureux siégeant sur le bord interne du cæcum et s'abaissant avec ce dernier. Ce dernier examen permet de reconstituer l'histoire du malade. Il s'agit non d'une cholécystite primitive, mais d'une cholécystite secondaire à une appendicite chronique. Ce n'est pas la vésicule, mais l'appendice qu'il faut opérer, et le malade est renvoyé en chirurgie pour appendicectomie.

Obs. XII. — Mme Du..., âgée de 46 ans, vient consulter en octobre 1924 pour des crises douloureuses hépatiques.

Elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et collatéraux ; est mariée, son mari est bien portant. Elle n'a jamais eu ni enfant, ni fausse couche. Réglée à 16 ans, elle est toujours très bien réglée, sans incidents.

Il y a trois ans, en 1921, elle a été prise brusquement deux jours après ses règles d'une crise douloureuse caractérisée par une lassitude très grande pendant deux ou trois jours ; bientôt suivie d'élancements vers l'épaule et le bras droit, avec gonflement de l'abdomen et tendances nauséeuses, accompagnée d'une douleur dans le flanc droit, bas située ; le tout disparaissant en cinq ou six jours.

Ces crises se sont répétées à intervalles plus ou moins fréquents, mais souvent tous les mois depuis cette date.

La malade a fait trois cures successives à Vichy sans obtenir de réelle amélioration.

L'examen ne montre rien de particulier du côté du cœur et des voies respiratoires. Les réflexes sont normaux. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine, ni phosphates.

La palpation abdominale met en évidence deux points douloureux : un, peu intense, siégeant dans la région vésiculaire ; un autre, beaucoup plus marqué dans la région de Mac Burney.

En l'interrogeant, on apprend d'ailleurs, qu'à trois reprises différentes, à 10 ans, 25 ans et 30 ans, par conséquent bien avant l'apparition des crises actuelles, elle a fait trois crises douloureuses abdominales qui, rétrospectivement, peuvent être considérées comme des crises appendiculaires.

Un examen radioscopique pratiqué confirme l'existence de ces deux points douloureux, et montre que le point de Mac Burney siège sur le bord interne du cæcum et se déplace avec ce dernier.

La malade est mise au régime et à la désinfection intestinale.

Les crises douloureuses ont complètement disparu depuis cette époque. La palpation abdominale montre la disparition complète du point vésiculaire, l'atténuation très marquée du point appendiculaire, et la persistance seulement à ce niveau d'un certain degré de défense musculaire.

Obs. XIII. — Mr. S...,33 ans, bien portant jusque là et ne présentant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires fait en 1915, à l'âge de 22 ans, un ictère catarrhal qui dure deux mois.

Depuis cette époque, il présente très fréquemment des poussées d'entérite, avec selles fréquentes, liquides, douleurs abdominales ; teint franchement subictérique.

Sa tension artérielle est basse ; sa température très instable, s'élevant aux environs de 38° à l'occasion du moindre effort.

Plusieurs examens successifs mettent en évidence une douleur assez vive dans la région de Mac Burney. Il est opéré d'appendicite en juin 1923.

Cette opération provoque une amélioration très marquée ; avec disparition des crises d'entérite, mais le malade reste constipé, subictérique, hypotendu, et conserve de l'instabilité thermique.

Il vient se faire examiner pour ces troubles persistants en janvier 1924.

Un examen radioscopique montre une stase très marquée du transverse et du côlon gauche avec évacuation en soixante douze heures au lieu de trente à quarante, délai normal.

Le malade est alors mis à l'huile de paraffine et à la désinfection intestinale.

Progressivement, constipation, instabilité de température, subictère disparaissent.

Le malade engraisse de cinq kilogrammes et n'a plus présenté aucuns troubles depuis cette époque.

Obs. XIV. — Mme P..., âgée de 42 ans, vient se faire examiner en avril 1926, pour des troubles digestifs déjà très anciens considérés comme d'origine hépatique.

Mariée, son mari est bien portant. Elle a eu trois enfants bien portants. Est réglée régulièrement.

Les troubles dont elle se plaint sont de date très ancienne. Dès l'âge de neuf à dix ans, elle a eu des crises douloureuses abdominales qui ont disparu à l'époque de la formation, vers douze ans.

A dix-huit ans, reprise de ces crises douloureuses qui durent plusieurs mois et s'accompagnent d'un gros amaigrissement.

Nouvelle reprise à vingt-deux ans, accompagnée de maux d'estomac, puis de jaunisse et considérée comme des coliques hépatiques.

Depuis cette époque, elle a eu des crises de temps à autre, mais moins intenses jusqu'en 1925 où en juillet et en novembre, elle a souffert de nouveau beaucoup pendant plusieurs jours. Ces dernières crises ont été caractérisées par des douleurs du côté droit, des nausées, de la constipation, parfois un petit peu de fièvre, mais pas de vomissements.

L'examen ne montre rien d'anormal, du côté des voies respiratoires et du cœur.

La palpation abdominale réveille trois points douloureux nets :

Un point épigastrique, haut situé ;

Un point de Mac Burney ;

Un point sous-hépatique.

Les urines ne renferment pas d'albumine. Les réflexes sont normaux.

Un examen radioscopique confirme le diagnostic clinique d'appendicite chronique avec cholécystite, en montrant un cæcum peu mobile avec sensibilité très vive au niveau de la région appendiculaire, une sensibilité de la région vésiculaire sans images de calculs, des contractions anormales du cæcum et du côlon sygmoïdien.

La malade est mise au régime lacto-végétarien et à la désinfection intestinale.

Elle n'a pas de nouvelles crises, engraisse régulièrement mais conserve les points de sensibilité abdominale antérieurement perçus. Il y aura sans doute lieu chez elle d'enlever son appendice.

Obs. XV. — M. Bo..., âgé de 23 ans, étudiant, vient se faire examiner en août 1925 pour des troubles digestifs persistants.

Quelque temps auparavant, au cours d'un voyage, en Autriche il a présenté à deux reprises, pendant la nuit, des coliques violentes dans tout le ventre, sans vomissements. Depuis, il conserve une tendance à des crises diarrhéiques et a beaucoup maigri.

En l'interrogeant on apprend que ces troubles digestifs ne sont pas les premiers en date. Un an au préalable il a souffert à plusieurs reprises, le soir, de douleurs abdominales qu'il calmait par des applications de compresses chaudes

Dans ses antécédents, on relève seulement des angines fré-

quentes et une assez grande fragilité des voies respiratoires supérieures avec pharyngite assez intense.

L'examen montre un point appendiculaire très net.

Le malade est mis au régime, à la désinfection intestinale. Son état s'améliore, mais en décembre 1925, il fait une nouvelle indigestion de deux jours. L'examen révèle toujours un point appendiculaire net.

Il est opéré d'appendicite en mars 1926 ; on trouve un appendice adhérent et cicatriciel.

A la suite de l'opération, il engraisse et n'a plus présenté aucun accident.

Obs. XVI. — (*In* Thèse Wagon. Résumée).

Le docteur A..., 36 ans, souffre du ventre depuis son adolescence. Tendance diarrhéique avec fréquemment des signes d'embarras gastrique s'accompagnant d'une altération plus marquée du teint. La mine est mauvaise, les yeux légèrement cernés, le teint jaunâtre et pâle. Un régime longtemps suivi n'a apporté aucune amélioration.

Son flanc droit est spontanément douloureux ; cette douleur irradie au moment des paroxysmes vers le rein et l'ombilic.

A l'examen, le cæcum est le siège d'une douleur diffuse étalée. Le point de Mac Burney est d'une netteté absolue à la palpation ; il est d'ailleurs spontanément douloureux de temps à autre, et donne une sensation de tiraillement brusque et pénible ou d'une douleur lancinante à laquelle le malade assigne un siège précis.

Appendicectomie en mars 1904.

Revu en novembre 1904 : guérison complète. Les douleurs ont disparu, L'appétit et les digestions sont bons. Le cæcum n'est plus douloureux à la pression. Mine excellente.

A repris du poids.

Obs. XVII. — (*In* Thèse Wagon, Résumée).

Mlle C..., 16 ans 1/2, a présenté à l'âge de dix ans un ictère catarrhal, avec vomissements bilieux,

Depuis cette époque présente des phénomènes gastriques assez particuliers revenant périodiquement sous forme de crises : pendant quelques jours l'appétit diminue, le teint devient légèrement subictérique, les digestions sont de plus en plus pénibles, avec état nauséeux marqué. Ces phénomènes aboutissent à de véritables indigestions avec vomissements alimentaires ou bilieux, douleurs abdominales, subictère.

A quatorze ans, apparition des règles. Un an après, celles-ci s'accompagnent de douleurs abdominales assez violentes.

Peu à peu les troubles digestifs s'accusent. Outre les crises d'indigestion avec vomissements bilieux, on relève des symptômes plus nets d'entéro-colite muco membraneuse avec sensibilité de tout le ventre ; constipation, malaise général, fatigue constante.

Les douleurs abdominales vagues et indécises au début se précisent et ont leur maximum dans la fosse iliaque droite.

Le point douloureux appendiculaire revient assez volontiers à l'occasion des jeux, de la marche sous forme d'une douleur brusque et fugace, d'une sensation de tiraillement pénible. Sur ce fond de troubles digestifs, d'entéro-colite avec sensations douloureuses du côté de l'appendice on voit à peine s'ébaucher trois petites crises qui durèrent quelques heures et s'accompagnèrent uniquement de douleurs aiguës, au point de Mac Burney sans la moindre réaction fébrile. Plusieurs médecins appelés écartent le diagnostic d'appendicite.

Finalement le diagnostic d'appendicite chronique est posé. Appendicectomie le 10 novembre 1903. Suites opératoires normales.

La malade revue en octobre 1904 va bien, a augmenté de poids, ne souffre plus du ventre et digère parfaitement. Elle n'a plus jamais de troubles gastriques.

Obs. XVIII — (*In* Thèse Girou),

X..., Etudiant en médecine, 26 ans.

X... ; qui est depuis longtemps un entéritique (crises de réactions coliques syncopales dans l'enfance) a eu, il y a plusieurs années une série de crises bizarres : au milieu de la nuit, il s'éveillait brusquement en proie à un malaise vague, indéfinissable qui durait de cinq minutes à un quart d'heure. Croyant pouvoir attribuer ces crises à l'abus de la cigarette, X... supprime le tabac.

Persistance des crises ; celles-ci s'atténuent par le repos au cours de vacances.

Il y a 18 mois nouvelles crises. Le malade s'aperçoit alors qu'elles surviennent quand il a bu à son repas du soir des boissons alcooliques. Serrant de plus près l'examen de ces manifestations, il remarque qu'à la fin de la nuit en s'éveillant il a une débâcle diarrhéique douloureuse. Parfois état subnauséeux, digestions lentes, météorisme Un examen de l'abdomen pratiqué il y a un an fait découvrir un point douloureux net et constant dans la fosse iliaque droite.

Appendicectomie (folliculite hémorragique)

Pas de nouvelles crises depuis l'opération même après absorption de liqueurs alcooliques Amélioration de l'état général. X..., est heureux de pouvoir manger à son goût sans aucun trouble gastro-intestinal.

Obs. XIX. — (*In* Thèse Goursolas Résumée).

Mlle M..., 46 ans, se plaint depuis 6 ou 7 ans de troubles constants de digestion : digestions lentes et pénibles, nausées, ballonnement du ventre après les repas, barres au creux de l'estomac, douleurs abdominales.

Constipation opiniâtre et habituelle.

Soignée depuis longtemps pour tous ces phénomènes dyspeptiques, elle a en vain séjourné dans diverses stations thermales.

Saisons à Vichy, à Châtel-Guyon, à Plombières, tout a été inutile.

La malade souffre, surtout lorsqu'elle a été à la selle, de douleurs vagues de tout le ventre, peut-être plus accentuées à droite, aussi se laisse-t-elle constiper volontairement. Langue sale. Amaigrissement. Perte de l'appétit. Facies pâle. Rien au toucher. Rien à la palpation ; mais après de nombreux examens il semble que le palper détermine une douleur assez marquée à droite.

On propose à la malade de voir si l'appendice n'est pas en cause, elle accepte.

Appendicectomie en juillet 1900. Appendice volumineux libre de toute adhérence ; au milieu gros calcul libre dans sa loge, mobile, absolument renfermé. Rien aux annexes.

Suites opératoires des plus favorables. Guérison en 6 jours. Depuis cette époque, état très satisfaisant : va à la selle régulièrement, ne souffre plus et mange bien.

Obs. XX. — (*In Revue médicale de l'Est*, 1903. Michel et Bichat. Résumée).

Marie D..., 22 ans.

Début il y a deux ans par de petites crises de coliques se reproduisant tous les 8 ou 9 jours. Les fonctions digestives excellentes jusque-là commençaient en même temps à laisser à désirer : perte de l'appétit, éructation et bouffées de chaleur survenant à la suite des repas ; selles devenant difficiles et rares. Elle présente en outre des alternatives de constipation et de selles glaireuses. Le diagnostic d'entérite muco-membraneuse est porté. Saison à Plombières il y a un an, sans grands résultats.

Actuellement état général relativement assez bon. Pas de

fièvre. Toujours sensation pénible de pesanteur à l'épigastre à la suite des repas. Constipation avec selles glaireuses de temps en temps. Les signes physiques se résument en une douleur par la palpation dans le côté droit,

Le diagnostic porté est celui d'appendicite « dyspeptique pure ».

Après appendicectomie la malade guérit rapidement et en même temps disparurent tous les troubles antérieurs Selles régulières et normales, digestions convenables. La guérison peut être considérée comme parfaite.

Obs. XXI. — (*In* Thèse Lescure. Résumée).

Mme D..., 26 ans, présente depuis trois ans des douleurs intermittentes du côté droit de l'épigastre avec des troubles gastriques après le repas, soulagés par la vacuité de l'estomac. Léger ictère sans coloration anormale des selles.

A l'examen : sensibilité épigastrique.

L'examen radioscopique montra un cæcum reporté vers la ligne médiane et immobilité, un appendice partiellement rempli, fixé, douloureux à sa base.

L'opération fit constater l'intégrité des voies biliaires et de nombreuses adhérences du cæcum et de l'appendice à la paroi antérieure de l'abdomen, avec des anses intestinales et avec la grande courbure de l'estomac.

Guérison complète.

II. — Symptomatologie. Isolement de trois formes

La plupart des auteurs qui se sont occupés de l'appendicite chronique admettent que la femme y est beaucoup plus sujette que l'homme. Ceci est vrai en ce qui concerne les observations que nous venons de rapporter ; mais nous n'avons pas trouvé de proportions tellement

différentes (sur 21 cas : 13 femmes et 8 hommes) d'autre part cette étude ne porte pas sur un nombre de cas assez grand pour qu'on soit en droit de formuler des conclusions définitives sur ce point.

Des observations qui précèdent, il nous semble qu'on puisse isoler trois groupes. Ceux-ci se différencient les uns des autres par la netteté avec laquelle se détache, pour un type donné, un signe ou un ensemble de signes qui, par sa prédominance, attire l'attention du malade et risque parfois de tromper le clinicien dans l'établissement du diagnostic.

Nous allons étudier successivement les trois modalités que peut présenter l'appendicite chronique dans ses formes hépatiques :

1° *La forme avec cholécystite* dans laquelle domine l'élément douleur ; celui-ci semblant prédominer au niveau de la région sous-hépatique.

2° *La forme cholémique* où dominent les signes de rétention biliaire plus ou moins fruste et l'altération de l'état général.

3° *La forme avec troubles digestifs.* Nous pensons en effet qu'il existe des appendicites chroniques dans lesquelles les troubles gastro-intestinaux peuvent relever d'une légère insuffisance hépatique, elle-même sous la dépendance de l'infection chronique de l'appendice.

I. — **Forme avec cholécystite**

Cette forme s'applique aux observations I, II, III, IX, XI, XII, et XIV. Le sexe féminin l'emporte ici de beau-

coup, puisque sur ces sept cas, un seul (obs. XI) concerne un homme.

Cette forme est fréquente ; on la relève en effet sept fois sur quinze observations nouvelles. De plus, il est important de la bien connaître, car elle est susceptible d'entraîner des interventions non seulement sérieuses, mais encore inutiles (Obs. XI).

A. — Signes fonctionnels.

Ils sont ici au premier plan. Les patients sont, lorsqu'ils viennent consulter, généralement malades depuis plusieurs années. Chez eux, les diagnostics de colique hépatique ou de cholécystite ont été habituellement portés ; et les traitements appropriés à ces états n'ont pas fait disparaître, ni même amélioré les troubles fonctionnels dont ils se plaignent. Ceux-ci peuvent être séparés en deux groupes :

Des douleurs, principalement.

Des troubles digestifs, accessoirement.

La douleur représente l'élément capital de cette forme. Elle est le plus souvent localisée par le malade à la région sous-costale droite.

Ses irradiations sont, quand elles existent, variables suivant les sujets : irradiations ascendantes rappelant celles de la colique hépatique ; irradiations transversales vers l'estomac, vers la région épigastrique (barre épigastrique) ; irradiations descendantes, tout le flanc droit devenant douloureux. Les deux premières variétés sont les plus fréquentes.

Les douleurs, qui peuvent quelquefois être continues

et provoquer une sensation de gêne, de tension au niveau de la région sous-hépatique, surviennent dans la majorité des cas par crises.

Ces crises, variables dans leur durée (quelques heures à quelques jours) surviennent habituellement sans cause et leur retour s'effectue sans périodicité aucune, sauf dans quelques cas où on peut noter le réveil des manifestations douloureuses au moment des règles.

Ces crises douloureuses s'accompagnent souvent de tendances nauséeuses. Les vomissements peuvent se voir ; ils nous ont semblé beaucoup moins fréquents qu'on ne le dit d'ordinaire.

Les troubles intestinaux peuvent manquer. Ils consistent, quand ils sont présents, en débâcles diarrhéiques au moment des crises douloureuses ou en tendance opiniâtre à la constipation. Il faut noter ici que les efforts faits pour aller à la selle peuvent réveiller les manifestations douloureuses.

B. — Signes généraux :

Ils sont variables suivant les sujets. Les plus fréquents sont :

une asthénie plus ou moins marquée ;

un amaigrissement se traduisant par une perte de plusieurs kilogrammes (cinq à dix kilogs en moyenne) ;

une altération de la coloration tégumentaire (pâleur, teint terreux).

Il existe parfois une petite élévation de température, surtout au moment des crises douloureuses. Il serait peut-être intéressant de déceler cette instabilité thermi-

que au moyen de l'épreuve de Daremberg ou épreuve de la marche ; en effet MM. Bezançon et I. de Jong pensent que l'instabilité thermique, qui fut d'abord considérée comme un signe de tuberculose chronique est un syndrome qui peut également être réalisé par toutes les inflammations viscérales chroniques.

C. — Signes physiques.

Nous n'insisterons pas sur les modifications de la langue des appendiculaires. Celle-ci est généralement saburrale.

Les principaux renseignements tirés de l'examen physique et intéressants pour le diagnostic sont fournis par la palpation abdominale.

Chez ces malades, il existe toujours deux points douloureux, souvent trois.

Les deux points constants sont le point vésiculaire et le point appendiculaire. Un point douloureux épigastrique s'y associe fréquemment.

Le point vésiculaire est celui sur lequel les malades attirent ordinairement l'attention du médecin. On ne doit pas se contenter de la palpation de l'hypocondre droit ; l'examen clinique du sujet ne doit pas être terminé après constatation d'un point douloureux siégeant au niveau de la région sous-hépatique, auquel peut s'adjoindre un point douloureux épigastrique. Il est de toute nécessité de palper l'abdomen entièrement et méthodiquement. C'est seulement de cette façon que l'attention sera attirée sur la région appendiculaire.

Le point douloureux appendiculaire est en effet, chez

ces malades, la plupart du temps, plus net, plus intense que le point vésiculaire.

La douleur provoquée par la pression au niveau de la fosse iliaque droite irradie parfois à la région épigastrique. Nous n'avons jamais constaté qu'elle provoquât une douleur au niveau de la vésicule.

Cette douleur est, le plus souvent, localisée aux points d'élection, mais cette localisation peut varier suivant la situation de l'appendice, celui-ci, quand il est malade, étant douloureux quel que soit son siège, comme l'a dit Reclus.

Un bon caractère de ce point douloureux appendiculaire est qu'il n'est pas fixe. On le trouve abaissé quand on le recherche en position verticale ; ce que confirme l'examen radiologique comme nous le verrons plus loin.

La recherche de la douleur détermine dans quelques cas une défense musculaire très nette. Une légère contracture des muscles de la paroi sera plus facilement mise en évidence en établissant la comparaison avec le côté sain.

La palpation du cœcum provoque souvent un gargouillement marqué. La région cœcale distendue serait pour Karewitz le siège d'un tympanisme qu'il considère comme un des symptômes essentiels de l'appendicite chronique. Il ne faut pas exagérer l'importance de ces signes que l'on trouve souvent sans que l'appendice soit en cause.

La recherche des points douloureux et leur discrimination sont grandement facilitées depuis que la radiologie est venue apporter son aide précieuse à la clinique. Nous en reparlerons plus loin.

2. — Forme cholémique

(Obs. V, XIII, XVI, et XXI) on trouve ici trois observations concernant des hommes, sur quatre.

A. — Signes physiques et généraux.

Les signes généraux dominent ici. Le malade est avant tout un « intoxiqué ». Il est jaune sans que cette coloration présente le degré qu'elle atteint dans un ictère franc.

Le plus souvent, il s'agit d'un subictère étendu à tous les téguments, mais prédominant souvent au niveau de la face. M. Enriquez a attiré l'attention sur le « masque » des appendiculaires (subictère ou peau terreuse, yeux cernés, halo plus pâle autour de la bouche). Parfois il n'existe qu'une simple pâleur des téguments, l'ictère ou le subictère restant cantonné aux conjonctives.

L'aspect de ces malades rappelle celui que présentent les sujets rangés dans le groupe de la cholémie familiale de Gilbert et Lereboullet ; et on relève parfois dans leurs antécédents des poussées d'ictère franc de durée variable.

La fatigue, la lassitude sont continuelles, ou surviennent à l'occasion du moindre effort.

Il semblerait que l'amaigrissement soit plus marqué dans cette forme. Un de nos malades (Obs. V) avait perdu vingt kilogrammes. L'instabilité thermique n'est pas constante.

Nous ne reviendrons pas sur la recherche et la localisation des points douloureux. Dans cette forme, il

n'existe en général qu'un point douloureux siégeant au niveau de la fosse iliaque droite. Nous disons en général, car il peut coexister avec un ou plusieurs des ces multiples points douloureux répondant à des points névralgiques et sur lesquels nous reviendrons ultérieurement.

B. — Signes fonctionnels.

Ils peuvent être réduits au minimum. Ils consistent en douleurs et en troubles digestifs.

Les douleurs sont ou diffuses et sans prédominance au niveau de telle ou telle région de l'abdomen ; ou plus marquées parfois localisées au niveau de la fosse iliaque droite. Elles ne sont pas toujours continues et peuvent disparaître pendant un laps de temps assez long. Elles surviennent parfois sous forme de crises accompagnant des troubles digestifs divers : constipation ou, plus souvent, tendance diarrhéique avec débâcles de selles liquides quelquefois glaireuses.

3. — **Forme avec troubles digestifs**

(Obs. IV, VI, VII, VIII, X, XV, XVII, XVIII, XIX et XX).

Cette forme paraît être aussi fréquente dans l'un et l'autre sexe.

A. — Signes fonctionnels.

On retrouve là encore les douleurs et les troubles digestifs. Mais ici ces derniers sont au premier plan, et ce sont ceux qui amènent le malade dans le cabinet du médecin.

Ces troubles digestifs sont variés. Les plus fréquents sont :

Une constipation opiniâtre sans ou avec débâcles diarrhéiques ; des périodes de constipation alternant avec périodes de diarrhée, des crises de diarrhée survenant une ou deux fois par mois et durant quelques jours.

Fréquemment les malades ont une ou deux selles diarrhéiques après les repas. Ces diarrhées prandiales se traduisent par des selles impérieuses, explosives et liquides ; on peut parfois y rencontrer des glaires.

Ces crises diarrhéiques peuvent survenir à l'occasion d'un écart de régime, après absorption d'un repas plus copieux que d'habitude, ou sans cause apparente.

Le tableau clinique rappelle dans quelques cas le tableau d'une simple indigestion, aussi faut-il examiner attentivement les sujets qui font de fréquentes indigestions « pour un rien ».

Ces troubles digestifs s'accompagnent souvent de douleurs abdominales diverses qui peuvent prédominer au niveau de la fosse iliaque droite puisque certains patients rappellent qu'on a déjà pensé chez eux à la possibilité d'un appendicite. Mais ceci n'est pas la règle.

B. — Signes généraux.

Ils sont analogues à ceux que nous avons énuméré dans la première forme. Fatigue, amaigrissement, quelquefois légère instabilité thermique peuvent être constatés.

C. — Signes physiques.

Nous n'insisterons pas de nouveau sur l'utilité de la

palpation abdominale qui oriente le diagnostic du côté de l'appendicite, en réveillant un point douloureux au niveau de la fosse iliaque droite.

Telles sont les trois formes hépatiques que nous nous croyons en droit d'isoler des observations précédentes.

On ne peut nier que parfois les divers éléments qui permettent de distinguer ces types les uns des autres s'enchevêtrent et peuvent rendre la différenciation moins facile. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, un appendiculaire « type cholémique » peut présenter des troubles digestifs qui, par leur prédominance, attirent surtout l'attention. Ceci importe peu si les symptômes constatés sont rattachés à leur vraie cause.

Mais ces trois formes n'ont pas été exposées seulement pour rendre la symptomatologie plus claire ; dans la majorité des cas, elles répondent à des cas cliniques bien définis.

Nous venons de voir toute l'importance qui s'attache à la recherche des points douloureux abdominaux chez ces « pseudo-hépatiques ». Nous voulons signaler, dès à présent, la nécessité qu'il y a de compléter cet examen par une localisation de ces points ou zones douloureuses sous l'écran radioscopique, le malade étant successivement examiné debout et couché. Un point douloureux reconnu dans ces conditions comme siégeant sur le bord interne du cæcum et se déplaçant avec ce dernier confirme le diagnostic. Nous étudierons d'ailleurs plus en détail l'examen radioscopique au chapitre Diagnostic.

*
* *

Avant de terminer ce chapitre, nous tenons à mentionner un moyen complémentaire, fourni par le laboratoire et de précieux secours pour le diagnostic des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite : l'hématologie.

L'examen de sang est pratiqué d'une façon courante en Amérique, et la plupart des auteurs de ce pays y attachent une grande importance. En France, les études sur ce sujet ont été surtout faites par MM. de Martel et Antoine, Antoine et Caspérin. N'ayant pas pratiqué d'examen de sang chez nos malades, nous rapporterons les résultats obtenus par ces deux derniers auteurs.

Dans l'appendicite chronique simple, on trouve toujours une leucocytose légère allant de 8000 à 14.000 éléments par mm³ de sang. (Le chiffre des leucocytes oscille normalement autour de 6000). La mononucléose est constante. Dans les cas légers, on constate environ 40 % de mononucléaires (au lieu de 32 à 33 % chiffre normal). Dans les cas plus marqués, elle atteint 45 à 50 %. Enfin dans certains cas, elle peut réaliser une véritable inversion de la formule leucocytaire ; les auteurs ont noté une fois 37 % de polynucléaires et 63 % de mononucléaires. Le nombre des éosinophiles a été presque toujours normal.

En étudiant de plus près la mononucléose observée, ils distinguent deux groupes : tantôt les grands mononucléaires sont augmentés de nombre (60 % des cas) ;

tantôt c'est le chiffre des moyens mononucléaires et lymphocytes qui est augmenté (40 % des cas).

On trouverait donc dans l'appendicite chronique, une mononucléose constante et souvent très accentuée jusqu'à réaliser l'inversion de la formule leucocytaire.

En cas d'association de l'appendicite chronique à une infection salpingo-ovarienne ou cholécystique, la mononucléose fait place à la polynucléose.

Enfin dans les cas où l'infection appendiculaire dure depuis un certain temps, quand il y a dilatation cæcale avec stase stercorale et résorption de produits toxi-infectieux, les auteurs ont constaté des modifications sanguines d'autant plus importantes que la maladie est plus ancienne. A la leucocytose à mononucléaires s'ajoute alors une anémie modérée, mais nette, de 3.500.000 à 4.000.000 avec diminution du taux de l'hémoglobine.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION

Il paraît difficile de soumettre à une règle l'évolution des formes hépatiques de l'appendicite chronique.

Certains auteurs pensent que les malades finissent par faire une crise appendiculaire aiguë. D'autres croient que les crises aiguës sont très rares chez les appendiculaires chroniques.

En 1894, M. le Professeur Achard étudiant l'infection du foie compliquant l'appendicite écrivait, après avoir parlé des abcès du foie : « Mais peut-être aussi l'infection laisse-t-elle à sa suite des lésions moins manifestes. Il est permis de se demander si, dans le foie, cette infection ne pourrait se traduire, dans certains cas moins graves et moins rapidement mortels, par des phénomènes moins bruyants qu'un processus pyogène, par de simples pyléphlébites capillaires, par l'évolution sourde et progressive d'un processus scléreux. C'est une hypothèse qui mériterait d'être examinée dans l'avenir ; elle paraît légitime si l'on considère les données nouvelles

que la notion des infections d'origine gastro-intestinale a introduite dans la pathogénie des cirrhoses ».

Nous avons relevé dans la littérature trois cas dans lesquels, après des phénomènes appendiculaires aigus, un examen histologique de la glande hépatique montra des lésions de sclérose manifeste. Ces cas restent d'une interprétation douteuse, et, à notre connaissance, pareils faits n'ont jamais été rapportés à propos de l'appendicite chronique.

Pour notre part, sans nier la possibilité pour ces malades de faire des crises appendiculaires aiguës, nous ne croyons pas qu'elles soient fréquentes.

De même, tout en reconnaissant que rien ne s'oppose à ce qu'un processus infectieux léger et chronique n'aboutisse à la sclérose ici comme ailleurs, nous ne pensons pas que les appendiculaires chroniques soient prédisposés à devenir cirrhotiques, tout au moins du fait de leur appendicite. Nous connaissons des médecins qui, dans leur carrière, ont été amenés à examiner quantité de cirrhotiques chez lesquels ils n'ont jamais pu mettre en évidence de point douloureux appendiculaire.

Il est une question intéressante soulevée par la forme avec cholécystite de l'appendicite chronique. Les malades rentrant dans ce groupe font-ils ou non de la lithiase secondaire.

D'une statistique établie par MM. Durand et M. E. Binet il ressort que « dans un peu plus de la moitié des cas, l'appendicite paraît bien avoir nettement pré-

cédé les accidents lithiasiques ». Ces auteurs dont les 80 cas s'appliquent à des appendicites aiguës et chroniques ont noté l'apparition d'accidents biliaires francs après un intervalle variable (un à six ans) après l'appendicectomie. Ils pensent que le facteur infection joue le principal rôle dans la succession à distance franche des deux affections appendiculaire et vésiculaire.

Il est théoriquement possible, dans les cas qui nous occupent d'entrevoir d'une autre façon, l'apparition de lithiase secondaire. Le spasme de la vésicule que nous croyons fréquent chez ces malades, ainsi que nous l'exposons au chapitre suivant, peut être une cause de stase biliaire ; stase pouvant entraîner une précipitation de la bile et la formation de calculs.

Dans les observations étudiées précédemment, il n'a pas été possible de mettre la chose en évidence. Les malades opérés et suivis n'ont pas fait encore d'accidents lithiasiques secondaires et ceux chez lesquels, au cours de l'intervention, on a exploré les voies biliaires ne présentaient aucune précipitation calculeuse constatable.

En résumé, au cours des formes hépatiques de l'appendicite chronique, on ne doit pas compter sur une guérison spontanée. L'attente de celle-ci « serait décevante, chimérique et, en outre, pleine de dangers » (Wagon).

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Comment expliquer la symptomatologie hépatique que présentent les malades atteints d'appendicite chronique ?

C'est ce que nous allons essayer de faire en envisageant successivement les cas où il y a avant tout retentissement sur la vésicule biliaire, puis les cas où l'infection chronique de l'appendice retentit surtout sur la cellule hépatique.

I. — **Retentissement vésiculaire**

Les observations relatées plus haut font ressortir la fréquence avec laquelle le diagnostic de colique hépatique a été posé chez des appendiculaires. Nombre de malades ont été soignés, voire opérés, en tant que lithiasiques.

En effet la théorie classique sur la pathogénie de la colique hépatique lie étroitement cet accident à une migration calculeuse ou tout au moins, à celle d'un corps

étranger. C'est le point de vue qui a été défendu par M. le Professeur Chauffard pour lequel le syndrome est dû « à un enclavement plus ou moins passager ou durable d'une cholélithe dans le col cystique ». Des tests, tant opératoires que nécropsiques, ont d'une façon indubitable confirmé cette manière de voir.

Est-ce à dire que, dans chaque cas particulier, ce syndrome de la colique hépatique doive apparaître comme la résultante d'une lutte entre un corps qui se déplace et une paroi sensible et musculaire qui résiste ? On a rapporté des faits de coliques hépatiques avec des vésicules ne contenant pas de calculs, et inversement des éliminations de calculs d'origine vésiculaire avérée sans coliques concomitantes. De plus, de nombreuses observations avec contrôle nécropsique, montrent que, chez des vieillards, des vésicules remplies de calculs peuvent rester sans expression clinique pendant toute la vie.

« De tout ceci se dégage nettement cette idée qu'il n'y a pas équation absolue entre lithiase biliaire et colique hépatique » (Chiray et Pavel).

Tripier et Paviot ont cherché l'explication du syndrome douloureux dans une infection locale du péritoine. « Les affections des viscères abdominaux, écrivent ces auteurs, ne donnent lieu à des crises douloureuses que lorsque le péritoine qui les entoure est intéressé par un processus inflammatoire aigu ou subaigu. A la même loi obéit la prétendue colique hépatique... »

Mais, comme le font remarquer MM. Chiray et Pavel. « Il nous paraît difficile d'expliquer par la péritonite

les coliques de courte durée qui, comme on l'observe souvent, disparaissent en moins d'une heure ». D'autre part, Tripier et Paviot ont noté des cas de coliques hépatiques sans trouver trace de péritonite sous-hépatique, et ont par contre observé la lésion péritonéale dans bien des cas où la colique n'avait jamais existé.

Ces auteurs ont étendu cette théorie à la douleur appendiculaire pensant trouver du côté de la vésicule biliaire l'origine de « cette péritonite péri-appendiculaire, extension ou chute vers les parties déclives d'une inflammation péritonéale venue d'en haut ». Ils expliquent de même, par l'extension de l'inflammation péritonéale et sa localisation sous forme de brides au niveau du duodénum et du gros intestin, les troubles dyspeptiques présentés par certains appendiculaires.

Sans nier la réalité de pareils faits, il est non moins certain que très souvent, en cas d'appendicite chronique, l'opération démontre l'intégrité des voies biliaires et, généralement l'absence de lésions du péritoine. M. Descomps a, il y a quelques années, insisté sur cette question dans une étude sur « les appendicites sans péritonite ».

Il semble qu'à ces deux mécanismes que nous venons d'exposer sommairement on puisse en ajouter un autre tout récemment étudié par MM.Chiray et Pavel : le spasme de la vésicule.

M. le Professeur Hartmann avait déjà donné sur la colique hépatique cette théorie : « La douleur est uniquement en rapport avec la contraction de la vésicule

et il s'agit bien réellement d'une colique. Celle-ci, le plus souvent causée par la présence d'un calcul, peut s'observer cependant, mais à titre exceptionnel en dehors de toute concrétion lithiasique, par exemple au cours d'un simple cholécystite. La douleur n'est donc pas due au passage du calcul, mais à la contracture douloureuse des voies biliaires ».

Telle que l'envisagent MM. Chiray et Pavel, la conception de la colique hépatique est très voisine de celle qui vient d'être exposée. « Parmi les nombreux arguments, écrivent ces auteurs, qui peuvent être invoqués pour attribuer à la contraction spasmodique de la vésicule le rôle principal dans la douleur de la colique hépatique, nous rapporterons seulement ceux qui nous paraissent exclusifs de toute autre interprétation. Ce sont :

1. Le début et la terminaison brusque de certaines coliques en dehors de toute cause matérielle intrinsèque ou extrinsèque (calcul ou corps étrangers) et sous la simple influence d'une émotion, par exemple d'un chagrin.

2. L'évolution raccourcie de certaines crises qui durent peu de temps, souvent moins d'une heure, parfois quelques minutes.

3. La survenance de paroxysmes douloureux au cours des coliques hépatiques.

4. La production quasi expérimentale de la douleur vésiculaire, véritable colique en miniature, chez les sujets atteints de cholécystite chronique, quand, à la suite de l'injection de sulfate de magnésie dans le duodénum, se produit la contraction de la vésicule biliaire.

Ces faits démontrent péremptoirement que la colique hépatique est seulement liée à une contraction douloureuse de la vésicule et cadrent avec les données de la médecine expérimentale qui a mis hors de doute à nos yeux l'importance du pouvoir contractile du réservoir biliaire. Nous avons, en effet, montré que, contrairement à l'opinion de certains auteurs modernes, la vésicule est capable de fournir des contractions tout à fait importantes comme intensité et comme grandeur, contractions ayant à tous points de vue le caractère spasmodique ».

Quelle est la cause déterminante du spasme vésiculaire ?

Les auteurs précités pensent que l'on doive trouver cette cause dans l'état du système neuro-végétatif plus ou moins sensible et que « l'excitabilité de ce système joue le rôle fondamental dans le déterminisme de la colique hépatique ».

Pourquoi la contraction vésiculaire est elle douloureuse ?

Ici, MM. Chiray et Pavel admettent que deux éléments peuvent rendre douloureuse cette contraction spasmodique du cholécyste : l'inflammation de la paroi ou des adhérences péricholécystiques.

Les adhérences n'ont rien à voir dans les faits qui nous occupent ici.

Reste l'inflammation de la paroi vésiculaire. « L'inflammation pariétale détermine la douleur de la contraction par la pression exercée du fait de celle-ci sur le tissu pathologique » (Chiray et Pavel). Il faudrait admettre que dans l'appendicite chronique avec réaction vési-

culaire, cette réaction est due à l'existence d'une cholécystite plus ou moins latente. Certes on ne peut nier l'existence de pareils faits. M. Chiray et ses collaborateurs ont largement contribué à l'étude de ces cholécystites chroniques d'origine intestinale, et l'on sait avec quelle facilité les microbes, le colibacille en particulier, passent de l'intestin dans le sang au cours de toute perturbation intestinale : crises diarrhéiques ou constipation. L'appendice malade étant un foyer d'infection chronique peut occasionner des cholécystites secondaires, que l'infection soit ascendante (canaliculaire) ou descendante (hématogène).

Il faudrait ici supposer une cholécystite légère sans altération pariétale visible, l'infection persistant une fois la vésicule touchée, ou celle-ci se trouvant soumise à des réinfections successives et répétées. Mais une infection légère de la vésicule pourrait-elle rester telle pendant plusieurs années sans provoquer des lésions plus marquées. Enfin comment expliquer la disparition si rapide des phénomènes douloureux vésiculaires soit sous l'influence de la désinfection intestinale, soit après l'opération ?

Pourquoi la contracture de la vésicule biliaire ne serait-elle pas douloureuse par elle-même ? Un utérus, un segment intestinal n'ont pas besoin de présenter du tissu pathologique pour être douloureux. On sait que la cholécystite chronique peut entraîner un spasme réflexe du cæcum ou du côlon qui fait penser à l'appendicite.

Il est permis de penser que l'appendicite peut entraî-

ner parfois un spasme vésiculaire et que l'état de contracture peut exister non seulement sur la vésicule, mais sur les voies biliaires. A la terminaison de celles-ci existe un sphincter, le sphincter d'Oddi. Il pourrait aussi être pour quelque chose dans la genèse des phénomènes douloureux. A ce sujet, MM. Chiray et Pavel rapportent qu'un auteur allemand, Westphal, fait jouer un rôle primordial à la contraction de la vésicule ainsi qu'à celle du sphincter d'Oddi dans la production de la colique hépatique. Cet auteur a essayé de produire une colique artificielle chez le lapin. Pour cela, il introduit un petit calcul dans le cholédoque et excite le vague soit par un courant faradique, soit par la pilocarpine ; il a vu se produire en même temps une contraction double, celle du canal autour du calcul et celle du sphincter d'Oddi, mais n'a pas constaté de contraction vésiculaire.

On objectera : que cette réaction particulière est liée à l'engagement d'un calcul ;

Qu'on n'aurait pas de vomissements bilieux au cours de la colique hépatique si le sphincter était fermé ;

Qu'on peut avoir des douleurs vésiculaires alors qu'est ouvert le sphincter d'Oddi en cas de tubage duodénal.

En l'absence de la confirmation expérimentale des faits qui nous occupent, on ne peut que bâtir des hypothèses. Celle-ci a tout au moins pour elle de n'être pas en désaccord avec la clinique qui montre la fréquence des spasmes intestinaux chez les appendiculaires. La palpation abdominale sous l'écran radioscopique met en évidence chez ces malades l'élément spasmodique. Souvent

en effet, dès que la main palpe l'intestin on note un spasme du cæcum ou de tout le côlon ascendant. Ce spasme pourrait se propager mécaniquement au sphincter d'Oddi et aux voies biliaires.

Le déséquilibre neuro-végétatif dont nous avons parlé plus haut paraît exister chez ces malades et serait aussi à l'origine des contractions spasmodiques de la vésicule et des voies biliaires. Nous n'avons pas fait de recherches sur le système neuro-végétatif. Mais cette hypothèse cadre avec les faits exposés par M. Enriquez et ses collaborateurs qui ont étudié ce système chez les appendiculaires. Ils sont arrivés à cette conclusion : que l'appendicite chronique entretient un état d'hyperexcitabilité du pneumogastrique qu'ils ont décrit sous le nom de « vagotonie appendiculaire ». On relève d'ailleurs, dans l'énumération des symptômes hypervagotoniques : la tendance aux vertiges, aux nausées, aux vomissements, les contractures des sphincters, les spasmes intestinaux.

En résumé nous ne pensons pas que des lésions des voies biliaires soient nécessaires pour produire l'élément douleur. La contracture qui peut être douloureuse quand elle intéresse tant d'autres muscles peut aussi l'être ici. Tous les médecins ont vu ou soigné des personnes présentant des crises douloureuses de la région sous-hépatique et qui n'étaient pas des « hépatiques ». C'est une impression clinique qui, médicalement parlant, paraît vraie, sans qu'il soit possible encore, en l'absence d'expérimentation, de l'affirmer.

2. — **Retentissement hépatique**

Nous avons relaté au chapitre historique les principaux travaux qui ont contribué à mettre en évidence la fréquence avec laquelle les affections de l'intestin retentissent sur le foie.

L'inflammation chronique de l'appendice peut aussi être à l'origine de certaines viciations fonctionnelles présentées par la cellule hépatique.

Tantôt il s'agira de rétention biliaire plus ou moins fruste et prolongée. Nous avons isolé plus haut, sous la dénomination de forme cholémique, ces cas dans lesquels l'attention est facilement attirée du côté du foie. D'autre fois, il s'agira de dépister une légère insuffisance hépatique provoquant des symptômes morbides variés, troubles digestifs surtout, pour lesquels viennent consulter les malades.

M. N. Fiessinger a insisté à juste titre sur la fréquence avec laquelle se trouve lésée cette cellule hautement différenciée qu'est la cellule hépatique. « Il faut savoir, dit-il, que l'insuffisance hépatique légère apparaît avec la plus grande facilité. La fragilité de la cellule hépatique est à ce point marquée, qu'elle s'altère à l'occasion de la moindre atteinte infectieuse ou toxique. La notion de la fragilité cellulaire entraîne comme corollaire l'extrême fréquence des petits signes de l'insuffisance fonctionnelle ».

Le même auteur, passant en revue les insuffisances hépatiques et les divisant en grande, moyenne et petite, écrit à propos de cette dernière : « Cliniquement les

malades ne présentent pas de symptômes particulièrement saillants. Ils sont à peine subictériques, avec un teint un peu jaunâtre, ils n'ont pas de prurit, ni bradycardie, leurs urines sont claires, mais contiennent de l'urobiline. Ce sont les signes digestifs qui dominent : anorexie avec langue blanche, digestions pénibles, alternatives de diarrhée et de constipation... » Les crampes intestinales, les envies brusques d'aller à la selle ont été signalées (Lœper) parmi les troubles intestinaux de la petite insuffisance hépatique.

Mais il est certain que cette notion d'insuffisance hépatique est imprécise et qu'il est actuellement impossible d'en fixer les limites. « Pour certains, l'insuffisance hépatique englobe la fatigue, l'embarras gastrique simple et même les signes secondaires de la constipation. Il y a certainement une part d'hypothèse et une part d'exagération, mais il faut reconnaître que la clinique n'offre pas de caractères assez tranchés pour permettre une discrimination plus précise. D'où souvent cette conséquence que le diagnostic de l'insuffisance hépatique est affaire de tendance. Pour notre compte nous sommes convaincu de l'extrême fragilité anatomique et physiologique du foie, nous admettons que la moindre altération digestive, la moindre infection, la moindre intoxication aient une répercussion hépatique, et dans les symptômes de l'embarras gastrique, de la constipation, un certain nombre résultent de l'altération fonctionnelle du foie, altération passagère, minime, simple effleurage, mais altération certaine et que l'on peut mettre en évidence » (Noël Fiessinger).

En effet les divers procédés d'exploration de laboratoire : recherche des rapports urologiques, dosage de l'azote résiduel (Brodin), épreuve de l'hémoclasie digestive (Widal, Abrami, et Iancovesco), ont souvent permis de rapporter à une altération de la cellule hépatique un ensemble de troubles digestifs.

Dernièrement MM. Savignac et Mathieu de Fossey ont trouvé sur dix-sept cas d'entéro-colites chroniques, treize fois des signes d'insuffisance hépatique mesurée par les modifications fonctionnelles du foie portant sur l'urine et le sang. Parmi ces treize cas, une appendicite chronique a été constatée. Il serait intéressant de faire des recherches dans le même sens chez des appendiculaires et de compléter l'examen clinique à l'aide des méthodes d'exploration fonctionnelle.

Par quel mécanisme l'appendicite chronique retentit-elle sur la cellule hépatique ?

Les uns font jouer un rôle primordial à l'infection, les autres à l'intoxication.

Il est certain qu'il est difficile de faire la part de ce qui revient exactement à chacun de ces deux éléments. « Chez tout homme et à toute heure des agents de putréfaction se trouvent dans la cavité intestinale, donnent naissance à des produits toxiques que l'intestin absorbe et que le foie neutralise ou rejette. Les poisons intestinaux sont en grande partie produits par les microbes qui décomposent les subtances ternaires et quaternaires de l'alimentation. D'autre part les mêmes microbes produisent directement des toxines ; ainsi l'infection et l'intoxication sont intimement confondues » (Walter-Sallis).

Nous ne pensons pas que l'infection joue un rôle prépondérant dans la genèse des phénomènes hépatiques. Il y a certes, infection chronique ; « l'appendice, comme l'amygdale, est un centre d'élimination et d'absorption microbiennes ; au niveau de l'appendice, l'un et l'autre processus peuvent être également nocifs, car les produits éliminés passent soit dans le sang, soit dans l'intestin » (Enriquez, Gutmann et Rouvière). Mais l'absence, pour ainsi dire habituelle, de fièvre, nous fait plutôt croire que le rôle principal est joué par l'auto-intoxication.

Bien souvent en effet ce sont la connaissance du pouvoir antitoxique du foie et la notion de l'auto-intoxication d'origine intestinale qui tracent le cadre des relations pathologiques du foie et de l'intestin. Or parmi les infections qui produisent l'auto-intoxication, il faut en premier lieu citer l'appendicite. L'appendice malade provoque, facilite et entretient la production de fermentations intestinales anormales.

La résorption de subtances toxiques entraîne à la longue des altérations de la cellule hépatique. Nous n'entrerons pas dans le détail de la formation des produits toxiques. Peu importe que ce soient des ptomaïnes, des acides gras, des corps aromatiques secondaires, il suffit de connaître l'action nocive qu'ils exercent envers la glande hépatique.

Les viciations fonctionnelles du foie causées par ces toxines entraînent des désordres intestinaux qui sont eux-mêmes capables de retentir à leur tour sur la cellule hépatique. Ainsi se constitue un véritable cercle vicieux dont un des effets, et non des moindres, est l'abaissement

du pouvoir antitoxique du foie, cet abaissement favorisant « les empoissements par des substances qui ne produiraient, à la dose où elles sont ingérées, aucun effet fâcheux chez l'individu sain » (Lœper).

On comprend la persistance de ce « syndrome toxémique chronique » comme on l'a appelé, de ces troubles digestifs, tant qu'on ne supprime pas le foyer d'infection chronique, cause de tout le mal, l'appendice, qui joue ici le rôle « d'épine irritative ».

On comprend aussi pourquoi ces malades ne peuvent, par le traitement médical, obtenir qu'un soulagement parfois passager. Ils n'ont généralement pas de guérison permanente et définitive tant qu'ils traitent soit leur foie, soit leur intestin ; car, comme on l'a écrit, un appendice chroniquement enflammé porte en ses parois, la menace permanente d'accidents nouveaux.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

I. — Diagnostic différentiel

Ainsi que nous l'avons vu précédemment, l'appendicite chronique dans ses formes hépatiques peut se présenter sous trois aspects différents :

Sous une forme avec cholécystite dans laquelle dominent les crises douloureuses ;

Sous une forme cholémique ;

Sous une forme avec troubles digestifs liés à une insuffisance hépatique.

Le diagnostic différentiel se pose donc dans trois conditions différentes suivant la prédominance des éléments qui caractérisent ces trois groupes.

1. — Forme avec cholécystite

Cette forme, dans laquelle les crises douloureuses sont au premier plan, devra être distinguée d'avec toutes les douleurs abdominales, mais surtout d'avec les douleurs

hépatiques, rénales, duodénales et annexielles ; enfin il importera parfois d'en séparer les douleurs provoquées par les périviscérites.

A. — Formes frustes hépatiques.

Schématiquement, les douleurs permettent d'envisager deux groupes de faits, suivant qu'il existe des crises paroxystiques ou que seul un endolorissement sous-costal droit est constaté.

Si dans le premier cas, le diagnostic est évident avec une colique hépatique typique, il peut être délicat avec une des formes frustes, surtout si on voit le malade après la crise.

Nous citerons rapidement les différents points qu'il s'agit d'étudier soigneusement.

L'étude des commémoratifs dévoile parfois un passé plus ou moins net de cholélithiase. Les douleurs sont généralement plus intenses, leurs irradiations ascendantes vers l'épaule droite, la région interscapulaire, le sein droit, plus marquées que dans l'appendicite chronique. Un ictère franc survenant le lendemain de la crise est en faveur de la colique hépatique surtout s'il s'accompagne de décoloration des matières et de coloration foncée des urines. L'ictère est moins prononcé dans la forme avec cholécystite de l'appendicite chronique. C'est plutôt un subictère qui souvent même se limite aux conjonctives ; le facies du malade étant plus terreux que jaune. Mais certains hépatiques font des crises frustes avec subictère léger et teinte foncée des urines passagères, et ces symptômes deviennent dans

les cas où il y a hésitation de diagnostic des symptômes trompeurs.

L'examen physique est alors important et la recherche des points douloureux doit être faite avec minutie.

Dans les deux cas on peut se trouver en présence de trois points douloureux :

Le point épigastrique, dans l'angle épigastrique ;

Le point vésiculaire, au-dessous de la partie moyenne du rebord costal droit, et dans l'angle formé par le rebord et le bord externe du muscle grand droit ;

Le point phrénique droit entre les deux chefs d'insertion du sterno-cléido-mastoïdien.

Ce dernier en effet auquel on prête habituellement une certaine valeur diagnostique en faveur de la lithiase serait, d'après Iliescu, constant chez tous les appendiculaires aigus ou latents. « Toute appendicite latente, écrit cet auteur, outre le signe du subictère conjonctival, possède le signe du phrénique qui nous mettra sur la véritable piste ». Lair, dans sa thèse récente, confirme la communication d'Iliescu. Il trouve, après l'avoir systématiquement recherché chez plusieurs malades, que le point phrénique « est aussi fréquent et parfois aussi net dans l'appendicite que dans l'infection vésiculaire ».

Quant aux deux premiers points, s'ils sont des signes de colique hépatique, même fruste, nous avons vu qu'on pouvait les constater au cours de l'appendicite chronique.

Par contre, au cours de cette dernière affection, le point de la zone pancréatico-cholédocienne de Chauf-

fard (dans l'angle formé par la verticale et la bissectrice de l'angle droit ombilical) si fréquent dans la colique hépatique manque en général complètement. Et l'on constate toujours dans la région de Mac Burney un point douloureux très net qui n'existe pas dans la colique hépatique pure.

Dans un deuxième groupe de faits, il existe surtout un endolorissement de la région sous-hépatique. Le diagnostic peut être beaucoup plus difficile avec certains cas de cholécystites chroniques, que celles-ci soient d'origine lithiasique ou non, et particulièrement délicat avec les manifestations dyspeptiques de la lithiase chronique. C'est à propos de ces états que M. le Pr Chauffard a écrit : « La complexité des faits est infinie et toutes les combinaisons symptomatiques et lésionnelles sont possibles. Lithiases associées du foie, des reins, de l'intestin, troubles fonctionnels ou statiques du rein droit, ulcus chronique du duodénum ou de l'estomac, colite muco-membraneuse et appendicite chonique, salpingo-ovarite droite ou ovaire scléro-kystique, algies psychopathiques, voilà les éléments principaux de ces états douloureux si pénibles pour les malades, si troublants souvent pour le médecin. Ils aboutissent tous à des cas particuliers dont chacun doit être étudié en lui-même et soumis à l'analyse la plus attentive. Pour chaque cas, nous devons instituer l'enquête nécessaire, établir un dossier médical d'après lequel nous jugerons ».

L'interrogatoire et l'examen du malade devront être aussi méthodiques et minutieux que possible ; il faudra tenir compte de tous ses antécédents, faire préciser les

caractères des douleurs, leur heure d'apparition, leur durée, leur mode de terminaison. On complétera la recherche ou la localisation des points douloureux par la mise en évidence de deux symptômes qui doivent faire soupçonner la cholélithiase :

Le signe de Murphy ou impossibilité pour le malade de faire une inspiration complète quand les doigts du médecin sont enfoncés profondément sous le rebord costal droit, au-dessous du bord du foie ;

Et le signe de R. Abrahams : le malade accuse une souffrance très vive quand on enfonce brusquement l'index et le médius de la main droite en un point situé à mi-distance de l'ombilic et du neuvième cartilage costal.

On se rappellera que l'obscurité respiratoire de la base droite (Ramond) plaide en faveur de ces états.

L'examen radioscopique sur le malade alternativement debout et couché, permettra le contrôle sur l'écran de la topographie organique de la zone douloureuse. Parfois une radiographie de la vésicule pourra apporter de précieux renseignements.

Nous terminerons en insistant à nouveau sur l'importance du point pancréatico-cholédocien chez ces lithiasiques chroniques, et sur la nécessité de faire pratiquer un dosage de cholestérine dans le sang, l'hypercholestérinémie constituant un argument de plus en faveur de ces états.

Enfin, dans les cas particulièrement difficiles le tubage duodénal peut aider au diagnostic en renseignant sur la composition de la bile.

B. — Lésions rénales.

Plusieurs affections du rein droit ont fait porter un diagnostic d'appendicite chronique.

1. La lithiase rénale est en général facilement reconnue et devient évidente quand il existe des crises typiques de colique néphrétique. Mais il existe des cas de lithiase fruste qui sont plus difficiles à dépister. Les symptômes douloureux y sont atténués, les irradiations descendantes manquent. Ces crises frustes sont fréquentes, spécialement chez les lithiasiques chroniques, et les irradiations douloureuses vers la fosse iliaque ne sont pas rares.

On établira le diagnostic d'après les antécédents du sujet, la recherche des points douloureux rénaux et urétéraux, l'exploration radiographique et la détermination de la valeur fonctionnelle des reins.

2. Le rein mobile est une grande cause d'erreur de diagnostic. Ce diagnostic se pose le plus souvent chez la femme.

La néphroptose est en effet une affection fréquente chez la femme (chez 10 à 22 % des femmes suivant les auteurs) et s'observe presque toujours à droite ; toutefois un grand nombre de ces malades ne présente autre chose que des symptômes physiques. D'autre part, l'appendicite chronique serait plus fréquente chez la femme que chez l'homme en raison des divers facteurs qui ont été incriminés (relâchement des viscères abdominaux, rôle des annexites sur l'appendice).

Les deux affections ont de nombreux points communs : leur début est, dans la plupart des cas, insidieux

et les malades sont amenés à consulter pour de la lourdeur, de la pesanteur apparaissant à la suite d'une marche, d'une station debout un peu prolongée, autant dans le bas de l'abdomen, à droite, qu'en arrière vers la fosse lombaire. Plus rarement l'interrogatoire révèle de véritables crises à début brusque, débutant à droite dans la région lombaire et s'irradiant en avant vers la fosse iliaque droite, le pubis et la cuisse, pouvant s'accompagner de nausées et de vomissements. Ces douleurs, d'intensité et de durée variables, sont fréquemment soulagées par le repos et le décubitus dorsal.

Les malades ne manquent pas d'appeler l'attention du médecin sur des troubles digestifs variés : dyspepsies, troubles en rapport avec un estomac ptosé, constipation.

Dans tout ce cortège de symptômes, on peut pratiquement admettre que les signes fonctionnels sont sans valeur différentielle. La constipation que certains auteurs admettent en faveur de l'appendicite chronique est si fréquente chez la femme qu'il semble difficile d'accorder quelque valeur à ce symptôme.

La douleur accusée par le malade est, en cas de ptose rénale, plus sourde, plus continue et moins sujette à des poussées que dans l'appendicite chronique ; elle est plus souvent localisée en arrière, dans la région lombaire et se trouve plus rapidement calmée par le décubitus dorsal que la douleur appendiculaire.

Le diagnostic fait à l'aide de l'histoire des antécédents douloureux est souvent impossible, et c'est l'examen physique seul qui permet d'affirmer un diagnostic. La

localisation douloureuse au point de Mac Burney ou point de Lanz ne prend toute sa valeur que si on a éliminé la présence, au dessus, d'une « tumeur » rénale possible. Il faudra chercher cette dernière par la palpation bimanuelle et rechercher le ballottement rénal sans s'attendre à trouver un rein ayant un déplacement marqué. Le seul fait de sentir son pôle inférieur suffit pour affirmer le diagnostic de ptose, un déplacement léger de l'organe suffisant pour provoquer des crises pseudo-appendiculaires.

Il nous suffira, en terminant, de signaler que les deux affections peuvent coexister pour y penser, le cas échéant.

3. Nous ne nous étendrons pas sur la similitude des deux syndromes douloureux qui traduisent l'appendicite chronique d'une part, et la pyélonéphrite d'autre part. La confusion peut-être possible au cours de certaines pyélonéphrites latentes, comme on en voit au début de la grossesse, avec symptomatologie très réduite : parfois il n'existe qu'un point douloureux, dont le siège peut être anormal ou qui est difficile à localiser (malade obèse).

Dans tous les cas l'examen des urines s'impose, la présence de pus dans les urines évite l'erreur.

4. Le diagnostic entre l'appendicite chronique et l'hydronéphrose est évident dans nombre de cas : une hydronéphrose volumineuse avec tumeur palpable ne saurait être confondue avec une infection chronique de l'appendice. La forme d'hydronéphrose qui prête le mieux à l'erreur est la forme intermittente avec

crises douloureuses à répétition, dans laquelle les malades situent souvent leur douleur sous le rebord costal, celle-ci se propageant ensuite en bas vers la fosse iliaque et en arrière vers les lombes.

Lair a récemment rapporté trois observations de malades chez qui on avait pratiqué une appendicectomie alors qu'il s'agissait d'hydronéphrose.

Quelques petits signes sont en faveur de l'appendicite ; le facies est plus souvent altéré dans cette affection. La température qui se rencontre fréquemment dans l'infection chronique de l'appendice ne s'observe dans l'hydronéphrose que lorsque celle-ci est infectée. La constipation est plus fréquente au cours de l'appendicite.

En faveur de l'hydronéphrose on doit insister sur la périodicité des crises douloureuses de rétention : cette régularité des crises ne se voit pas dans l'appendicite chronique ; et sur la débâcle urinaire coïncidant avec la sédation des phénomènes douloureux. Ce dernier symptôme signe le diagnostic de rétention rénale que viennent confirmer le cathétérisme uretéral et la pyélographie.

C. — Ulcus duodénal.

L'ulcère du duodénum peut être difficile à séparer de l'appendicite chronique surtout des formes d'appendicite dont nous nous occupons ici. Dans l'ulcus en effet si le malade localise habituellement la douleur au niveau de l'épigastre, il n'est pas rare que les irradiations de cette douleur se fassent surtout du côté droit, vers la

base du thorax, l'hypocondre droit, la région sous-hépatique, le flanc droit.

A l'examen le point épigastrique de même que la constatation des points para-ombilicaux de Leven et des points mésentériques de Lœper et Esmonet n'apportent aucun appoint au diagnostic. La cœlialgie dont ces points sont l'indice peut coexister avec l'ulcus ; elle en est très souvent indépendante.

Si l'ulcère est juxta-pylorique, on ne peut attribuer au duodénum plutôt qu'à l'estomac la douleur provoquée. Ce n'est que dans le cas contraire que l'on a le point douloureux classique un peu au dessus de l'ombilic et à droite de la ligne médiane. Mais la situation de ce point varie suivant le siège de l'ulcère et aussi suivant la statique duodénale. La ligne, établie par Parturier, qui croise la seconde portion du duodénum à sa partie moyenne est difficile à séparer nettement d'un point cholédocien ou pancréatique.

Les hémorragies occultes fécales sont souvent absentes dans l'ulcus duodénal. Les troubles dyspeptiques peuvent être minimes ; d'ailleurs l'appendicite chronique peut entraîner des troubles dyspeptiques revêtant les allures du syndrome douloureux tardif. Mais en ce cas, les douleurs sont moins influencées par les alcalins, ou l'ingestion alimentaire, ou le traitement de l'ulcus.

On tiendra compte pour poser le diagnostic d'ulcère du duodénum :

Des points douloureux dont la discrimination demandera un examen approfondi. Leur localisation sous l'écran sera dans bien des cas d'une grande utilité.

MM. Cade et Parturier insistent sur la recherche d'une sensibilité provoquée par la pression profonde à la base du cou, entre les deux chefs d'insertion du sterno-cléido-mastoïdien ; la douleur serait, en cas d'ulcus, exclusivement localisée ou tout au moins très prédominante à gauche.

Du caractère périodique dans l'évolution des paroxysmes douloureux.

De l'état général du malade qui reste longtemps bon contrairement à ce qui se passe dans l'appendicite.

De l'influence des alcalins ou du régime sur l'affection.

De l'évolution : on relève parfois dans l'histoire du malade des crises douloureuses rappelant les crises appendiculaires, mais l'ulcus évolue par crises douloureuses d'une durée de deux à trois semaines avec des phases intercalaires longues et indemnes de tout trouble dyspeptique. Dans l'appendicite chronique au contraire la répétition des crises douloureuses est plus capricieuse et plus désordonnée.

Enfin la radiographie apportera utilement son aide précieuse à la clinique, surtout depuis que la méthode des radiographies rapides en séries permet de déceler des niches, incisures et rétractions du bulbe qui auparavant, passaient fréquemment inaperçues.

D. — Annexites

Il faudra, dans certains cas, penser que les phénomènes observés peuvent avoir une origine salpingo-ovarienne. Certes la salpingite débute le plus souvent insidieusement chez une femme ayant un passé génital,

par des douleurs abdominales qui progressent lentement ; ces douleurs s'accentuent après un effort, une fatigue et s'apaisent par le repos ; elles s'accompagnent de troubles digestifs, de troubles menstruels, de phénomènes nerveux. La constatation d'une tumeur latéro-utérine de forme, de volume et de consistance variables fait, la plupart du temps, faire le diagnostic. Mais il est des raisons pour lesquelles le diagnostic peut être difficile entre les deux affections.

Ces raisons peuvent être d'ordre anatomique : la trompe peut être haute, contiguë à l'appendice ou au cæcum. De son côté l'appendice peut être bas situé, plonger dans le petit bassin et venir prendre contact avec les annexes droites. Dans certains cas il peut se former des adhérences qui englobent l'ovaire, la trompe, l'appendice, le cæcum et qui peuvent monter plus ou moins haut vers l'angle sous-hépatique du côlon ascendant.

Ces raisons peuvent être d'ordre clinique : dans les deux cas on peut avoir un début insidieux ; les douleurs peuvent être plus ou moins haut situées, mal localisées. La plupart des malades atteintes d'annexite présentent des troubles digestifs ou des troubles gastro-intestinaux, des troubles nauséeux, de la constipation. L'entérite n'est pas rare. Ces troubles peuvent être rattachés à diverses affections ; ils sont parfois si accusés qu'ils sont considérés comme primitifs. Ils retentissent sur l'état général, et les malades, dyspeptiques et nerveuses, sont la plupart du temps amaigries et ont le teint jaune.

Il ne rentre pas dans le cadre de cet ouvrage de parler

des formes pelviennes de l'appendicite chronique. Nous avons simplement voulu montrer que, même en cas de formes hépatiques, il est nécessaire de se rendre compte de l'état des annexes, ce qui ne peut qu'éclairer des symptômes parfois inexpliqués. Là encore, l'étude des antécédents, un examen attentif, les signes physiques avec localisation des points douloureux sous l'écran contribueront à l'établissement du diagnostic précis.

E. — Périviscérites.

L'histoire des périviscérites de l'abdomen est récente, mais elle a donné lieu, depuis ces dernières années à de nombreux travaux. Le dépouillement de nombreuses observations fait ressortir combien le diagnostic d'appendicite chronique a pu être porté à la légère et combien de malades n'ont pas été améliorés après appendicectomie. Parmi ceux-ci, les uns présentent une des nombreuses formes de périviscérites sans participation appendiculaire ; chez les autres on trouve bien un appendice chroniquement enflammé, mais c'est précisément cet appendice qui se trouve être souvent le point de départ de ces péritonites chroniques fibro-adhésives. Ce rôle de l'appendice dans la propagation des périviscérites a depuis longtemps été étudié par Walther qui signalait la nécessité fréquente de compléter l'appendicectomie par l'ablation des adhérences, des membranes péricoliques et des noyaux d'épiploïte coexistants.

Qu'elles soient primitives ou secondaires, les périviscérites se traduisent surtout par des douleurs et par des troubles du transit intestinal.

Les douleurs, dans leurs caractères, localisations et irradiations n'ont pas grande valeur diagnostique ; on peut en observer les mêmes modalités au cours des affections dont nous avons parlé jusqu'ici. On a pu noter, dans certains cas, l'exacerbation de la douleur dans certains mouvements tels que l'élévation des bras. l'étirement du tronc, ce qui serait un bon argument en faveur du diagnostic de périviscérite.

Les troubles digestifs n'ont rien de pathognomonique : l'anorexie, l'état nauséeux, les migraines avec vomissements bilieux et surtout la constipation se rencontrent dans quantité d'autres affections. Pour M. Lardennois « deux constatations peuvent être faites dans les cas relativement légers : la première c'est que souvent ni la belladone, ni l'atropine n'améliorent ces états particuliers de gêne digestive ; la seconde c'est que ces sujets semblent digérer plus aisément les repas copieux et lourds que les légers repas de régime qui leur sont systématiquement conseillés ».

On pourra nous objecter que ce paragraphe sur les périviscérites aurait été plus à sa place quand nous en serons au diagnostic différentiel de la forme d'appendicite chronique se manifestant avant tout par des troubles digestifs. Nous avons tenu à le placer ici à cause de la fréquence des périviscérites du carrefour sous-hépatique, périviscérites supérieures souvent méconnues sur lesquelles M. Enriquez a récemment attiré l'attention. De plus, les périviscérites de la région iléo-cæco-appendiculaire se propagent fréquemment au carrefour supérieur.

Une des formes les mieux caractérisées parmi les périviscérites est la périduodénite, surtout lorsque celle-ci se surajoute à une lésion du duodénum ou d'un organe voisin. Dans ces cas, le syndrome dyspeptique observé peut rappeler le syndrome duodénal, mais les douleurs restent souvent plus précoces, moins régulières dans leur horaire, plus rebelles, surtout améliorables par le repos et la chaleur.

A côté de cette symptomatologie gastrique ou gastro-duodénale peut s'installer une symptomatologie biliaire; la périduodénite s'accompagne en effet parfois de cholécystite ou de péricholécystite, ce qui a permis à notre ami Chartier d'individualiser dans son excellente thèse la « périduodéno-cholécystite » qui « n'est pas seulement une forme anatomique de périviscérite sous-hépatique, mais encore une forme clinique bien définie ».

Comment, dans tous ces cas complexes, arriver au diagnoctic précis ?

« Le diagnostic ne peut rester en clinique qu'un diagnostic de présomption » (Soupault).

Il pourra devenir diagnostic de probabilité après un examen radioscopique. « Pour que l'examen radiologique rende les services qu'on attend de lui, écrit M. Lardennois, il faut une observation patiente, minutieuse, une inspection de tous les détails successifs du transit, en suivant pour ainsi dire pas à pas la progression du repas opaque ». L'examen du malade sous l'écran permet de localiser les lésions. Les adhérences se traduisent par : des modifications du transit, des déformations du tube digestif, des positions anormales de l'organe inté-

ressé avec perte de mobilité, de la douleur à la pression au niveau des adhérences.

Enfin, avec les radiographies en séries, le diagnostic « devient presque un diagnostic de certitude ».

Mais tous ces moyens ne permettent pas toujours de fixer l'origine de la périviscérite. Il est alors, comme on l'a écrit « suffisant d'exprimer l'opinion qu'il existe une lésion chirurgicale ».

2. — Forme cholémique

La forme cholémique de l'appendicite chronique peut être difficile à reconnaître. Silhol parlait déjà au Congrès français de Chirurgie de 1911 des « assidus de Vichy, les abonnés annuels qui ont un gros foie, qui font de l'intoxication chronique et qui sont avant tout des appendiculaires. Les uns font de l'ictère catarrhal ; d'autres ont simplement le teint jaune ; il en est aussi qui dépérissent sans savoir pourquoi ».

Il ne faut pas ranger ces états dans le groupe de faits cliniques, décrits par Gilbert et ses élèves sous le nom de cholémie familiale ; ce qui peut être d'autant plus délicat que cet auteur a noté l'existence fréquente de l'appendicite chez les cholémiques. Gilbert voit dans ces appendicites une des manifestations de la « diathèse d'auto-infection » qui cause aussi la cholémie par angiocholite chronique. Ses idées à ce sujet se trouvent développées dans la thèse d'un de ses élèves, Delion.

Au cours de ces cholémies qui restent plus un « tempérament » qu'une maladie (Gilbert) il est hors de

doute qu'on puisse assister à des processus inflammatoires, aussi bien aigus que chroniques, du côté de l'appendice ; mais le sujet qui était cholémique avant de présenter des symptômes du côté de la fosse iliaque droite le reste après guérison de son appendicite.

Au contraire, dans la forme cholémique de l'appendicite chronique, dont nous nous sommes occupé, la rétention biliaire plus ou moins accentuée n'est ni congénitale, ni familiale. Elle apparaît, soit comme épiphénomène, soit comme symptôme permanent alors qu'il existe des phénomènes appendiculaires et disparaît complètement après guérison de l'appendicite chronique. Silhol a d'ailleurs noté depuis longtemps que certains malades « déjaunissent » après appendicectomie.

Nous ne ferons pas le diagnostic de cette forme cholémique avec les différentes variétés d'ictères chroniques. Ceux-ci présentent généralement des signes propres qui permettent de les identifier. Il est cependant un groupe d'ictères au sujet duquel nous ne dirons que quelques mots, car il suffit d'y penser pour avoir les moyens de les éliminer, nous voulons parler des ictères hémolytiques.

L'ictère hémolytique congénital qui s'est trouvé confondu dans le groupe de la cholémie familiale jusqu'aux travaux de Chauffard forme un type morbide bien défini. On se souviendra, comme le fait remarqué Brulé qu'il « semble exister des ictères qui par tous leurs caractères doivent rentrer dans les ictères congénitaux et qui cependant n'apparaissent que dans l'enfance vers dix ou quinze ans ».

Ictère variable avec urobilinurie et absence de cholalurie, splénomégalie et symptômes anémiques peuvent cliniquement faire penser à un ictère hémolytique, auquel on aura parfois à rapporter aussi certaines crises douloureuses vésiculaires rappelant les coliques hépatiques.

On ne songera guère à l'ictère hémolytique acquis ; celui-ci débute ordinairement brusquement au milieu de phénomènes infectieux variables. Mais son polymorphisme est grand et on a cité des formes prolongées ou chroniques.

Dans tous les cas, l'examen de sang s'impose et tranche le diagnostic. L'anémie et la fragilité globulaire caractérisent le syndrome hématologique de ces ictères.

3. — **Forme avec troubles digestifs**

L'appendicite chronique à type insuffisance hépatique se manifeste cliniquement, comme nous l'avons vu, par des troubles digestifs. Suivant les cas, différentes affections gastro-intestinales pourront donner le change. Nous passerons successivement en revue : l'embarras gastrique, les entéro-colites et la stase cæcale.

A. — Embarras gastrique.

L'embarras gastrique en tant que résultat d'un trouble purement local est facilement reconnu. Il survient, soit à la suite d'excès (repas trop copieux, boissons abondantes, mets épicés, fatigues, etc.) soit après ingestion de viandes avariées, faisandées ou d'aliments que l'estomac tolère mal.

Le dégoût des aliments, l'état nauséeux, les vomissements, la bouche pâteuse, la langue épaisse et saburrale, parfois la fièvre seront la plupart du temps rapportés à leur vraie cause.

D'autres fois l'embarras gastrique est l'expression d'un état général et semble survenir sans raison apparente. Un cortège symptomatique ne tarde pas à s'installer qui fait passer à l'arrière-plan le trouble de l'estomac.

Nausées, vomissements, douleurs, état de la langue peuvent se présenter avec des caractères analogues dans l'appendicite chronique et dans la simple indigestion. « Mais ces accidents sont fugaces dans l'indigestion, ils doivent céder rapidement à une médication appropriée et il faut considérer comme suspecte toute indigestion dont les symptômes persistent de façon anormale » (Auvray). Il sera utile de rechercher les points douloureux classiques de la fosse iliaque droite chez les personnes qui ont le vomissement facile et qui semblent faire de fréquentes indigestions « pour un rien ».

B. — Entéro-colites.

Les affections de l'intestin grêle sont ordinairement faciles à différencier d'un état chronique appendiculaire. D'ailleurs pour peu qu'elles se prolongent, elles ne tardent pas à retentir sur le fonctionnement du gros intestin (colites secondaires à entérites).

Nous nous bornerons à signaler que l'on peut parfois constater dans l'appendicite chronique une ébauche de syndrome de Kœnig. Si les sténoses du grêle, qu'elles soient fibreuses ou tuberculeuses, ont une symptomato-

gie propre, il faut se rappeler que la forme entéro-péritonéale de la tuberculose intestinale débute d'une façon très insidieuse avec de vagues troubles digestifs, une alternance de diarrhée et de constipation alors que l'examen de l'abdomen est négatif. A la période d'état, le diagnostic différentiel ne se pose pas.

*
* *

Parmi les causes d'erreurs les plus importantes et les plus fréquentes il faut citer maintenant les lésions et troubles fonctionnels des côlons, et tout particulièrement du côlon droit. Dieulafoy a mis en évidence ce fait que dans les lésions et troubles étendus des côlons, le maximum de phénomènes morbides se manifeste en général dans la région du côlon droit.

Les diverses variétés de colites, qu'il s'agisse de colites parasitaires, de colites infectieuses, de colites toxiques, de colites de nature indéterminée peuvent, surtout dans leurs formes chroniques, simuler l'appendicite chronique.

Les colitiques chroniques présentent une constipation plus ou moins tenace, ou une constipation interrompue par des débâcles diarrhéiques ; d'autres fois ils sont atteints de diarrhée vraie. Leurs selles « renferment du mucus (en grande quantité), du sang, du pus. La colite chronique est ainsi caractérisée par trois principaux types de selles » : muqueuses, sanglantes, purulentes (Harvier). Chez ces malades, l'examen clinique donne des renseignements variables.

En présence d'un syndrome de colite chronique, on pensera avant tout à une des nombreuses causes parasitaires parmi celles-ci, les colites amibiennes frustes sont d'autant plus importantes à connaître qu'on y a décrit des formes pseudo-appendiculaires (ulcérations siégeant sur le cæcum près de l'implantation de l'appendice), et des formes entéro-colitiques dont la cause passe fréquemment inaperçue. L'examen des selles sera d'une grande utilité ; il faut savoir le répéter à plusieurs reprises dans ces formes larvées d'amibiase.

Mais l'amibe dysentérique n'est pas seule à provoquer des phénomènes colitiques et il convient d'insister ici sur l'action que peuvent avoir d'autres parasites intestinaux dont le rôle pathogène a été étudié surtout depuis la guerre de 1914-1918. Nous citerons surtout les giardies (giardia intestinalis ou lamblia), les trichomonas et les balantidiums coli qui tous vivent fréquemment chez l'homme sans déterminer le moindre trouble, mais qui sont parfois à l'origine de syndromes colitiques chroniques dont la cause passe souvent inaperçue. Les giardies principalement se manifestent en général par des formes chroniques à poussées successives avec signes cliniques discrets : « sensibilité abdominale diffuse, coliques, météorisme abdominal. Le nombre de selles est seulement de deux à trois pendant les périodes de rémission ; il y a même souvent constipation » (Carnot).

Des examens coprologiques, parfois répétés, sont indispensables au diagnostic, le microscope décelant les parasites ou leurs formes kystiques.

Enfin il faudra parfois penser que certains vers intes-

tinaux sont susceptibles de provoquer des troubles digestifs analogues à ceux de l'appendicite chronique ; nausées, parfois vomissements, débâcles diarrhéiques, douleurs intestinales mal localisées. Les plus fréquemment rencontrés dans ces cas sont les oxyures et les trichocéphales dont le rôle possible dans la pathogénie de l'appendicite a été signalé par de nombreux auteurs. Les douleurs cæcales ne sont pas rares au cours de la trichocéphalose, le parasite se fixant fréquemment à la région cæco-appendiculaire.

Deux examens sont d'une grande utilité quand on soupçonne l'helminthiase.

L'examen de sang, qui montre souvent un certain degré d'éosinophilie, oriente le diagnostic.

L'examen des selles le confirme en faisant reconnaître le parasite ou ses œufs.

*
* *

Parmi les colites, il est une variété qui a été si souvent confondue avec l'appendicite chronique qu'elle avait perdu droit de cité en pathologie, c'est la typhlite ou typhlo-colite. Il est certain que, les lésions se localisant ou étant prédominantes au niveau du cæcum, on trouve naturellement des symptômes propres aux deux affections : douleurs spontanées et provoquées par la palpation au niveau de la fosse iliaque droite, troubles de la défécation. Mais en cas de typhlite il n'y a pas de point douloureux fixe ; c'est toute la région cæcale qui est sensible. L'examen de l'abdomen montre soit une dis-

tension gazeuse de la fosse iliaque, soit un empâtement du cæcum (boudin douloureux, gargouillant par la pression). L'étude du transit colique sous l'écran radioscopique avec localisation des points douloureux est nécessaire pour compléter l'examen clinique.

La différenciation peut être encore plus difficile dans ces « états morbides du côlon droit et des voies biliaires (angiocholécystites) où les accidents intestinaux et biliaires se combinent de façon si étroite dans leurs alternances ou leur simultanéité qu'il n'y a plus en définitive qu'une seule affection, affection bipolaire à retentissements réciproques ». Durand et Binet, qui ont décrit récemment ces états sous le nom de typhlo-cholécystites chroniques, font remarquer que, le plus souvent, le malade est considéré comme atteint d'appendicite chronique. Ces affections en effet ne peuvent-elles pas simuler cliniquement d'une façon complète la forme avec cholécystite de l'appendicite chronique ? Les auteurs insistent sur l'importance de l'exploration radiologique pour arriver à en poser le diagnostic.

Nous terminerons en signalant les divergences d'opinion qui se sont élevées et s'élèvent encore aujourd'hui chez les différents auteurs qui se sont occupés des questions d'entéro-colites et de leurs rapports avec l'inflammation chronique de l'appendice. Déjà en 1905, Reclus rappelait que Potain déclarait n'avoir jamais vu se développer l'appendicite sur plus de trois mille cas d'entéro-colite ; « mais, ajoutait-il, peut-être allons-nous trop loin maintenant en sens inverse quand Karewski déclare suspect d'appendicite tout individu atteint d'entéro-colite ».

C) Stase cæcale.

La stase cæcale ou cæco-colo-ascendante est une des plus importantes causes d'erreur de diagnostic de l'appendicite chronique. Elle n'est d'ailleurs pas « une maladie autonome ; c'est un signe, une résultante de conditions diverses qui, parmi les perturbations qu'elles entraînent comptent le trouble stase » (Guillaume). Mais qu'elle survienne à la suite d'une typhlo-colite, de péricolites membraneuses, qu'un « cæcum mobile » ou une dilatation douloureuse du côlon droit (Grégoire) en soient la cause, cette stase stercorale droite est avant tout toxique et douloureuse, caractères qui la séparent nettement de la stase colique gauche.

Les symptômes toxiques n'ont rien de pathognomonique, ils se rencontrent aussi dans l'appendicite chronique. Nous en dirons autant de la modification des selles : la constipation opiniâtre entrecoupée de débâcles diarrhéiques s'observe dans les deux cas.

La douleur, augmentée par la marche, les périodes de réplétion digestive, est habituellement intermittente. Elle siège au niveau de la fosse iliaque droite. Le palper montre ordinairement une sensibilité très nette à la pression au niveau et autour du point de Mac Burney ; c'est la présence de cette douleur au niveau de la région appendiculaire qui conduit beaucoup trop souvent au diagnostic d'appendicite chronique. L'examen physique peut encore donner des renseignements utiles, mais inconstants, tels que la perception du boudin cæcal plus ou moins tendu, gargouillant ; on peut parfois chez les

sujets maigres se rendre compte de la mobilité, de la situation exacte du cæcum.

On voit d'après ce court exposé combien le tableau clinique peut ressembler à celui de l'appendicite chronique. Aussi nombreuses ont été ces dernières années, les observations se rapportant à des malades atteints de stase colique droite et ayant subi sans résultats une ablation de l'appendice.

Il faut en excepter ces curieux faits rapportés par M. Pauchet de « malades atteints cliniquement de syndrome de Lane et radiologiquement de stase iléale, malades chez lesquels l'ablation seule de l'appendice normal amène la guérison ». Chez ces malades l'appendice sain transformé en ligament cæcal était vertical, postérieur à l'iléon « et ce dernier se coudait sur lui comme sur une corde tendue, comme la corde d'un violon sur un chevalet ; cette coudure produisait de la stase par demi-étranglement chronique de l'iléon terminal. Il est facile à comprendre dans ces cas que l'ablation pure et simple d'un appendice normal formant ficelle tendue puisse supprimer la stase iléale. C'est là un cas de stase iléale guéri par l'ablation de la bride et non pas un cas d'appendicite bien que l'appendicectomie ait procuré la guérison. »

Dans tous les cas, l'exploration radiologique est d'une importance capitale. Les rayons X permettent de préciser la situation de l'intestin, les altérations du côlon, le retard du transit, le degré de stase. Ils font constater le séjour prolongé du repas opaque dans le cæcum. Alors que normalement au bout de vingt-quatre

heures, on ne voit plus que des traces de bismuth dans cet organe, il arrive souvent chez ces malades qu'au bout de ce temps on aperçoive encore l'ombre entière du cæcum. Après quarante-huit heures, au lieu d'être vide de substance opaque, le cæcum en contient fréquemment encore des traces notables.

L'examen radioscopique permet la localisation exacte des points douloureux. Grâce à lui on peut apprécier la mobilité des divers segments intestinaux et leur motilité.

II. — **Diagnostic positif**

Le diagnostic d'appendicite chronique, surtout dans les formes que nous avons décrites ici n'est pas toujours un diagnostic facile. Nous n'en voulons pour preuve que la quantité d'affections que nous venons de passer en revue en essayant de montrer ce qui les différencie de l'appendicite chronique.

Pour en poser le diagnostic, nous ne retiendrons ici que trois éléments :

1° L'anamnèse.

2° La recherche des points douloureux.

3° L'examen radioscopique.

Les deux premiers peuvent permettre cliniquement de soupçonner, mais de soupçonner seulement cette affection ; le critérium radiologique reste indispensable au diagnostic.

I

L'histoire des crises douloureuses révélées par l'interrogatoire des malades est importante à connaître. Le patient est en général malade depuis plusieurs années, non pas toujours au point de s'aliter ni de cesser toute vie active ; mais il est sujet à de fréquents malaises alternant avec des périodes pendant lesquelles il lui semble avoir retrouvé un état de santé plus ou moins parfait. Puis un jour, à la suite d'un excès de fatigue, d'un repas trop copieux, la femme parfois au moment des règles, quelquefois sans cause apparente, une ébauche de crise survient avec douleurs, soit dans l'hypocondre droit, soit dans la fosse iliaque droite accompagnées ou non de subictère. Dans d'autres cas, tout se borne à des troubles du transit intestinal revenant sans aucune périodicité. Les malades se soignent qui pour leur foie, qui pour leurs intestins, qui pour leurs annexes, conservant un teint subictérique ou terreux.

Mais dans l'interrogatoire, on se heurte à deux sortes de difficultés pour rétablir l'histoire de ces crises douloureuses. D'abord la fréquence des crises frustes ; les malades ne désignent aucun point d'élection : ils disent qu'ils ont eu mal dans tout le côté droit de l'abdomen ne sachant pas distinguer le siège douloureux de l'irradiation secondaire ; d'autres montrent leur région épigastrique, là où beaucoup d'affections abdominales retentissent. D'autre part, certains d'entre eux sont « éduqués » et déclarent, par exemple avoir eu mal « au foie » ou « juste sous le foie » pour être conformes au

diagnostic posé alors par leur médecin, celui de cholécystite.

Il faut enfin se rappeler que les antécédents douloureux manquent souvent et savoir se méfier même des antécédents appendiculaires. N'a-t-on pas décrit des cas de lithiase biliaire se traduisant par une douleur appendiculaire pure, sans appendicite ? (Ramond).

De l'étude des antécédents personnels du malade nous retiendrons surtout l'évolution discontinue et l'ébauche de crises.

2. — Recherche des points douloureux

La recherche des points douloureux a une grande importance au cours de l'examen clinique d'un appendiculaire.

Nous ne citerons pas tous les points de repère différents qui ont été donnés pour la localisation de la douleur en cas d'appendicite. Parmi eux, deux ont une grosse valeur : le point de Mac Burney et le point de Lanz.

Celui de Mac Burney est le plus célèbre. L'auteur américain l'a situé ainsi : « J'estime que dans chaque cas, le siège de la plus grande douleur déterminée par la pression avec un doigt est situé exactement à un pouce et demi ou deux pouces de l'épine iliaque antéro-supérieure sur une ligne oblique menée de cette épine à l'ombilic. Cela peut paraître une affectation d'exactitude, mais, selon mon expérience, l'observation est exacte ». Le point de Mac Burney est donc situé à environ quatre à cinq centimètres de l'épine iliaque. On le

recherche, la plupart du temps en France, bien plus en dedans en un endroit situé au milieu de la ligne ilio-ombilicale et correspondant au point de Munro.

Le point de Lanz répond à l'union du tiers moyen et du tiers droit de la ligne réunissant les deux épines iliaques antéro-supérieures. Il est donc plus en dedans et plus bas que le point de Mac Burney.

Des recherches anatomiques faites par différents auteurs essayant de fixer la topographie appendiculaire, il résulte que le point de Lanz indique très souvent le siège de la base de l'appendice. Le point de Mac Burney répondrait en général au bord interne du cæcum à quatre ou cinq centimètres au-dessus de la base de l'appendice.

Mais, comme l'ont fait remarquer MM. Guy Laroche, Brodin et Ronneaux « la topographie de ces points douloureux ne peut être rigoureuse étant donnés les déplacements de l'intestin et la variabilité des points de repère : ni l'ombilic, ni les épines iliaques ne sont des points fixes ; en particulier l'ombilic a une situation qui varie chez les divers sujets par rapport aux crêtes iliaques et à l'appendice xyphoïde. De plus, le cæcum et l'appendice sont très souvent déplacés, parfois en haut vers la région sous-hépatique, mais le plus souvent vers le bas, au point que l'appendice peut descendre dans le petit bassin au contact des ovaires, des trompes ou de la vessie ».

De plus, les points douloureux de la fosse iliaque droite ne sont pas tous les points douloureux appendiculaires. Ces derniers peuvent encore être confondus

avec d'autres douleurs viscérales (points douloureux urétéraux) et avec des points névralgiques.

Le point uretéral moyen de Tourneux, Hallé et Guyon est sur une ligne horizontale rejoignant les épines iliaques antéro-supérieures, à l'union de son tiers moyen et de son tiers externe, un peu au-dessus d'elle. Il sera donc facile de le confondre avec le point de Lanz.

Le point sus-intra-épineux de Pasteau situé juste en dedans et au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure peut être pris, bien que nettement plus externe, pour le vrai point de Mac Burney.

Quant aux points douloureux névralgiques, certains d'entre eux peuvent être très embarrassants, pour le diagnostic de l'appendicite. Ce sont des points para-ombilicaux et sous-ombilicaux.

Les points para-ombilicaux de Loeper et Esmonet sont situés à deux centimètres au-dessous et en dehors de l'ombilic sur la ligne ilio-ombilicale. « Le point para-ombilical droit qui correspond à celui qu'a décrit Morris nous paraît un peu plus proche de l'ombilic que ne l'a dit cet auteur. Il fait partie de la zone solaire qu'il prolonge en quelque sorte en bas et à droite. Il est presque toujours associé au point épigastrique » (Lœper et Esmonet).

Plus bas, se trouvent deux autres points douloureux au niveau des artères iliaques primitives droite et gauche. Le point iliaque droit se trouve sur la bissectrice de l'angle formé par la ligne de Mac Burney et celle de Lanz, à quatre centimètres du raphé médian. C'est le faux point appendiculaire de Lœper et Esmonet pour

qui « certaines appendicites chroniques ne sont que des algies artérielles, des angialgies du confluent iliaque ».

Le grand nombre de points douloureux abdominaux a conduit certains auteurs à essayer de les différencier au moyen de la thérapeutique. On trouve dans maints travaux que, si l'opium calme la douleur appendiculaire, la belladone agit électivement sur les points cœlialgiques. Aviérinos a repris cette question dans une thèse récente. Il a noté l'action de quelques médicaments (voie rectale) et agents physiques qui lui ont paru avoir une véritable valeur spécifique vis-à-vis des points douloureux constatés dans certains processus chroniques. D'après lui, l'antipyrine agirait surtout sur les points cœlialgiques, la belladone sur les points gastriques et duodénaux, l'opium sur tous les points mais particulièrement sur les points vésiculaires ; la chaleur calmerait surtout les douleurs vésiculaires, le froid la douleur appendiculaire.

Variabilité de position de l'appendice et multiplicité des points douloureux en une région restreinte de l'abdomen « tout est réuni pour rendre le diagnostic délicat ».

Même aux points d'élection la douleur appendiculaire réveillée par la pression n'est pas toujours un signe distinctif. Il peut en effet être difficile de la bien localiser, le malade souffrant non pas en un point, mais en une zone d'étendue variable suivant les sujets.

En outre l'appendicite chronique peut manifester sa présence par des phénomènes douloureux qui ne sont pas localisés dans la fosse iliaque droite. Ceci est bien connu chez les enfants chez qui les points douloureux

sont souvent ombilicaux ou péri-ombilicaux. Le point épigastrique serait considéré par certains comme un signe d'appendicite chronique (Jackson).Nous connaissons à ce sujet, un médecin d'une trentaine d'années qui présenta pendant quatorze ans toutes les trois ou quatre semaines ; des crises abdominales accompagnées de vomissements alimentaires, sensation d'angoisse, tendances syncopales ; ces crises sur lesquelles des diagnostics divers avaient été portés, devenant de plus en plus fréquentes, nécessitèrent finalement une intervention d'urgence qui fit découvrir un appendice gangréné et perforé situé dans le petit bassin au contact de la vessie. Or, les douleurs parfois très vives accusées par le patient aussi bien que les douleurs provoquées par la palpation n'avaient jamais eu d'autre siège que la région épigastrique.

Enfin, il ne faut pas ignorer qu'il existe des cas d'appendicite chronique sans phénomènes douloureux. Il y a plusieurs années que M. Descomps a attiré l'attention sur ces faits en décrivant le « syndrome toxémique chronique » d'origine appendiculaire. Rappelant le vieil aphorisme clinique : « Ne vous fiez pas au symptôme douleur », il montre qu'il ne faut pas attendre le point appendiculaire même si les signes locaux sont frustes pour diagnostiquer l'appendicite chronique, de même qu'il ne faut pas s'obstiner à attendre « la crise » quand les symptômes de la fosse iliaque droite justifient le diagnostic. Plus récemment encore Poenaru Caplesco disait avoir observé une douzaine de cas d'appendicite chronique vérifiés après intervention, dans lesquels il

n'existait aucune douleur à l'exploration de l'appendice.

Ces faits montrent combien la recherche des points douloureux doit être faite avec soin et quelles difficultés on peut avoir à les localiser. Les points de Lanz et de Mac Burney reconnus par l'examen clinique sont, quand ils se trouvent nettement caractérisés, toujours un moyen commode d'orientation, souvent un signe de probabilité, quelquefois un symptôme trompeur ; ils ne doivent jamais être à eux seuls un signe de certitude.

3. — **Examen radioscopique**

En présence des difficultés cliniques du diagnostic de l'appendicite chronique, il était naturel de chercher dans les méthodes radiologiques des indications utiles. Cette question a préoccupé un certain nombre d'auteurs français et étrangers.

Parmi eux il semble que la plupart se soient surtout attachés à rendre visible l'appendice pour tirer des conclusions dépendant du remplissage ou du non-remplissage de cet organe. L'image de l'appendice fut obtenue pour la première fois en 1906 par M. Béclère chez une jeune fille de vingt-deux ans atteinte de troubles digestifs persistants, chez qui on supposait des lésions de l'estomac et qui avait une appendicite chronique. Depuis cette époque, différentes techniques ont été essayées à seule fin de rendre cet organe visible.

Pour certains auteurs, l'appendice normal se remplit toujours une ou plusieurs fois au cours de la traversée digestive d'un repas opaque et pour eux la non-visibi-

lité de l'appendice doit être interprétée d'une façon pathologique.

D'après les auteurs américains, le remplissage de l'appendice sain se ferait sûrement en employant un repas opaque très liquide; ils ont préconisé l'emploi du babeurre comme véhicule soit du carbonate de bismuth, soit du sulfate de baryum. Le remplissage se ferait, dans ces conditions, en un temps variant entre quatre et six heures pour certains, huit et quinze heures pour d'autres. « Mais, comme le fait remarquer M. Ronneaux, il faut pouvoir examiner le malade d'une façon répétée, tous les quarts d'heure, pour arriver à voir l'appendice : il faut en quelque sorte épier le moment où l'appendice sera rempli et cela peut être pendant un temps très court. Or il est difficile et souvent impossible, tant en ville qu'à l'hôpital, de consacrer plusieurs heures de suite à un même malade. Nous avons personnellement expérimenté l'emploi du babeurre dans une douzaine de cas ; jamais nous n'avons eu la chance de voir l'appendice en employant cette méthode ; il est vrai que les malades n'ont été examinés qu'une seule fois au cours d'une même traversée digestive. Cette série d'insuccès, jointe à la difficulté de nous procurer du babeurre, nous a fait rejeter l'emploi de ce produit. Par contre, en employant les véhicules ordinaires, eau ou eau gommée et sulfate de baryum crémeux ou non crémeux, en ayant soin que le mélange soit liquide et non pâteux, nous avons vu souvent l'appendice, mais dans une proportion relativement faible, environ une fois sur dix au grand maximum ».

Les statistiques des expérimentateurs sont, à ce sujet,

très variées. Suivant les auteurs, la visibilité de l'appendice se manifesterait de une à neuf fois sur dix cas.

Au contraire d'autres auteurs, allemands et italiens en particulier, pensant que l'appendice normal n'est pas visible, ont considéré sa visibilité comme pathologique, l'image étant obtenue dans les cas s'accompagnant d'augmentation de la pression intra-cæcale. Cette opinion théorique est en contradiction formelle avec les faits précédents observés par un grand nombre d'auteurs anglais, américains et français.

Pour certains, la prolongation de la visibilité de l'appendice après l'évacuation du cæcum serait la conséquence d'un état pathologique appendiculaire, alors que pour d'autres elle n'aurait acune signification.

Quant à l'insuffisance de la valvule iléo-cæcale qui a donné lieu à des opinions également contradictoires, MM. Laroche, Brodin et Ronneaux ne lui accordent aucune valeur réelle dans le diagnostic de l'appendicite chronique. Elle peut exister chez des sujets bien portants comme sur des sujets porteurs de lésions appendiculaires.

« Devant ces différences d'interprétation, ajoutent ces auteurs, il est impossible de tirer des conclusions de la visibilité ou de la non-visibilité de l'appendice. Il est vraisemblable que cet organe doit se remplir le plus souvent, mais d'une façon variable d'un malade à l'autre, et même d'une traversée digestive à une autre sur un même malade. Il faut donc considérer la visibilité radiologique de l'appendice comme n'ayant qu'une importance relative. Elle n'apporte une précision au dia-

gnostic qu'autant qu'il y a un changement notable de la forme de cet organe, ce qui est rare, et, nombre d'appendices malades donnent des images radiologiques analogues à celles de l'appendice sain ».

Si les renseignements morphologiques sont rares et inconstants il en est d'autres plus précis que peut donner la radiologie.

On aura peu souvent recours à la radiographie, sauf dans les cas où un appendice, par hasard visible, présenterait une image anormale. Certains auteurs, utilisant surtout l'examen radiographique projettent sur le cliché l'image du point douloureux abdominal à l'aide de repères métalliques cutanés. « Même avec cet artifice la radiographie ne peut donner que des renseignements sur la forme de l'intestin et sur sa situation au moment précis de la prise du cliché. Pour qui connaît bien les aspects changeants du cæcum et de l'appendice au cours d'un examen, on conçoit que la radiographie ne doit être utilisée que pour fixer les aspects radioscopiques les plus caractéristiques et les plus utiles au diagnostic » (Aimé et Haym).

*
* *

Les renseignements les plus précieux sont ceux que l'on peut tirer de l'examen radioscopique associé à la palpation sous l'écran. Cette dernière permet de rechercher la localisation des points ou plutôt des zones douloureuses, en même temps qu'elle donne des renseignements sur la mobilité du cæcum et sur les organes voisins.

De plus, autre point important, le malade doit être examiné sous l'écran successivement debout et couché. Nous insistons dès maintenant sur cette question parce que nous n'avons trouvé que peu d'auteurs signalant la nécessité de cet examen en deux positions. Sans avoir la prétention de les citer tous et n'ayant pas recherché qui, le premier, a signalé l'importance de cet examen, nous avons trouvé cette idée exposée en 1914, par M. le Pr Chauffard qui, à propos du diagnostic des états douloureux de la région sous-hépatique, signale la nécessité de contrôler sous l'écran la topographie organique des zones douloureuses, le malade étant examiné debout et couché.

Depuis, on trouve cet examen noté, comme ayant une grande valeur diagnostique dans les syndromes douloureux iliaques droits et notamment dans l'appendicite chronique en 1920 par Enriquez, par Aimé et Haym ; en 1922 par Laroche, Brodin et Ronneaux, par Gutmann ; en 1923 par Denis Renaud, par Lescure. En 1924, Aimé a de nouveau insisté sur ce point.

Nous allons maintenant rapporter la technique de cet examen radioscopique telle que l'ont exposée MM. G. Laroche, Brodin et Ronneaux.

Ces auteurs font prendre au sujet à examiner, à deux reprises différentes, 100 grammes de sulfate de baryum crémeux dans 150 cc. d'eau, douze heures et huit heures avant l'examen, de façon à avoir à coup sûr l'image nette d'un cæcum bien rempli et de la première partie du côlon transverse. Ils n'agissent ainsi que quand ils ne peuvent voir le malade qu'une fois. Il est préférable

à leur avis, de commencer par examiner l'estomac, l'abdomen étant vide de baryum, et de voir le cæcum huit heures après le repas opaque.

L'examen étroitement localisé à une région douloureuse de l'abdomen leur paraît du reste dangereux au point de vue du diagnostic, car il expose à laisser dans l'ombre des anomalies ou des lésions pouvant siéger sur d'autres organes. Il y a intérêt à être renseigné le plus possible sur l'ensemble des organes abdominaux.

« Qu'il s'agisse d'une exploration radiologique complète ou partielle de l'abdomen, l'examen du cæcum et de la région appendiculaire est pratiqué de la façon suivante :

Le malade est d'abord examiné debout : la position et la forme du cæcum sont repérées sur un calque pris en orthodiagraphie et comprenant en même temps les repères fixes osseux, c'est-à-dire les crêtes iliaques et les épines iliaques antéro-supérieures et des repères mobiles, l'ombilic et les deux diaphragmes en un temps respiratoire quelconque, mais non forcé, inspiration ou expiration. Le cæcum est palpé sous l'écran pour apprécier sa mobilité et sa visibilité. La localisation du point douloureux clinique est faite d'une façon précise en orthodiagraphie par rapport au cæcum. Dans cette position verticale, la région de la valvule iléo-cæcale et du point d'implantation de l'appendice ne répond nullement aux points classiques : le cæcum est, en général, beaucoup plus bas situé.

Quand ce repérage est fait, le malade est examiné en position couchée. Dans cette position, la masse abdo-

minale tout entière s'élève vers le thorax. Le diaphragme subit un déplacement de plusieurs centimètres, le foie remonte avec le diaphragme droit, l'image cæco-colique droite s'allonge et remonte de façon variable suivant les cas. Le côlon transverse remonte également et l'angle colique droit s'ouvre davantage à moins qu'il ne soit fixé par des adhérences ou qu'il existe une membrane de Jackson atypique ou une autre anomalie de suspension.

Un nouvel orthodiagramme est pris en cette position dans le même temps respiratoire que le premier en ayant soin de noter exactement les mêmes repères osseux et les repères mobiles précédemment pris en position verticale : on dessinera les contours du cæcum, du côlon ascendant et du tranverse, ainsi que la localisation des points douloureux, par rapport à ces organes, que l'on obtiendra par la palpation sous l'écran.

La superposition des deux orthodiagrammes pris en positions verticale et horizontale sera alors faite en ayant soin que les repères osseux fixes, c'est-à-dire les crêtes iliaques et les épines iliaques antéro-supérieures coïncident exactement. Elle permet de se rendre compte des déplacements des organes et des points douloureux et des rapports variables ou non qui existent entre eux ».

Ce double examen est indispensable. La localisation d'un point douloureux abdominal en une seule position n'a aucune valeur précise et peut donner lieu à des erreurs considérables. « Seul le changement de position du malade permet d'affirmer l'union étroite d'un

organe à une douleur ». Il importe donc « de toujours compléter l'examen debout par l'examen dans la position horizontale : sans cette double recherche comparative, toute exploration radiologique de l'intestin reste incomplète et parfaitement insuffisante » (Enriquez).

Dans la recherche de l'appendicite chronique, le point douloureux ou, plus exactement la zone douloureuse « est localisée sur la partie gauche du cæcum, à deux ou trois centimètres du bas-fond cæcal, dans la région de la valvulve iléo-cæcale, et un peu au dessous dans celle du point d'implantation appendiculaire. Or, pour donner une indication valable, cette zone douloureuse doit accompagner les déplacements du cæcum dans les différentes positions données au malade et correspondre exactement à la même région cæcale.

Quelquefois, la zone douloureuse, au lieu de coïncider exactement avec la région de la valvulvè iléo-cæcale et de la zone d'implantation appendiculaire, siège au même niveau, un peu au dessous, le long du bord gauche du cæcum, très légèrement en dehors et accompagne exactement les déplacements de cet organe.

Dans le changement de position du malade, plusieurs cas peuvent se présenter :

1° Le cæcum et la zone douloureuse sont mobiles, se déplacent également et continuent à coïncider. La douleur est cæcale ou appendiculaire suivant la localisation ;

2° Le cæcum et la zone douloureuse restent fixes et continuent à coïncider ; aucune manœuvre ne les mobilise. Le cas est le même, mais se complique d'adhérences à la paroi ;

3° Le cæcum se déplace, la zone douloureuse reste fixe. La douleur n'est ni cæcale, ni appendiculaire ; elle dépend d'un autre organe ;

4° Le cæcum et la zone douloureuse se sont déplacés, mais inégalement et ils ne coïncident plus. La conclusion est la même que précédemment.

La palpation sous l'écran permet en outre de reconnaître s'il existe ou non des adhérences importantes à la paroi. Les adhérences de l'appendice au cæcum sont en général impossibles à reconnaître, à moins de visibilité complète de l'appendice.

Lorsqu'il existe des adhérences du cæcum à la paroi, l'organe ne se mobilise pas lors des changements de position du malade. Chez certains sujets à ptose très accentuée, où tout le gros intestin est tombé dans le petit bassin, il ne faut pas se hâter de faire le diagnostic d'adhérences, car il est très difficile parfois de faire remonter le gros intestin et surtout le cæcum. Il faudra dans ce cas avoir recours à la position de Trendelenburg et, s'il est nécessaire, à un lavement opaque qui, agissant sous pression, mobilisera plus facilement les anses intestinales. En outre de ces déplacements verticaux, on devra provoquer par la palpation des déplacements latéraux qui sont d'ailleurs plus limités que les précédents et souvent douloureux, même en l'absence d'adhérences, à cause de l'inflammation de l'appendice. Il faut donc être assez réservé sur une diminution douloureuse de la mobilité transversale du cæcum.

Il est des cas pourtant où le cæcum remonte et où il existe cependant des adhérences à la paroi, car la paroi

abdominale elle-même peut remonter d'une façon notable dans le décubitus dorsal chez des sujets à abdomen flasque. Il convient alors de rechercher si le mouvement d'ascension du cæcum peut ou non dépasser celui de la masse abdominale tout entière. On peut s'en rendre compte en mesurant le déplacement du diaphragme droit et en comparant cette mesure à celle que l'on a faite du déplacement du bas-fond cæcal. Si le nombre de centimètres d'ascension du cæcum est inférieur ou égal à celui qui mesure le déplacement du diaphragme droit et que la palpation soit sans action sur la mobilité cæcale, on peut conclure à la possibilité d'adhérences fixant le cæcum à la paroi. Si au contraire, le cæcum est franchement remonté d'un nombre de centimètres supérieurs à celui mesurant le mouvement d'ascension du foie et du diaphragme, on conclura à l'absence d'adhérences à la paroi. On peut encore, pour plus de sûreté, recourir à la position de Trendelenburg.

Le fait de trouver une zone douloureuse au niveau de la région iléo-cæcale et d'implantation de l'appendice, zone accompagnant le cæcum, dans tous ses déplacements, constitue pour nous un symptôme de premier ordre pour la possibilité d'un état inflammatoire de l'appendice.

La radiologie permet en outre de dissocier les points douloureux avoisinant la région cæco-appendiculaire et de les rapporter aux organes voisins.

C'est ainsi que, dans les cas de ptose cæcale, où le bas-fond se trouve dans le petit bassin, le fait de ren-

contrer un point fixe en position debout et couchée, n'accompagnant pas le cæcum dans son mouvement d'ascension dans le decubitus dorsal, permet d'attirer l'attention sur un état ovarien ou salpingien possible et d'orienter les recherches du côté des organes génitaux.

D'autres points, nettement localisés en dehors du cæcum et du côlon transverse pourront être attribués soit à l'épiploon, soit au système sympathique quand ils correspondent d'une façon permanente au trajet des filets et ganglions sympathiques.

Les points épiploïques sont doués d'une certaine mobilité ; ils se déplacent avec la masse intestinale. Les points symphatiques sont fixes dans toutes les positions et correspondent aux points décrits plus haut.

L'examen radioscopique permet, en outre, d'avoir des renseignements sur l'état du gros intestin et de l'intestin grêle, sur la ptose et la dilatation du cæcum et sur la stase iléo-cæcale, de vérifier la présence d'accolements ou d'adhérences de la première portion du côlon transverse avec le bord gauche du cæcum de reconnaître l'existence d'images cæcales en damier avec zones alternativement claires (gazeuses) et opaques (barytées), dues à ce que le cæcum est maintenu béant par des adhérences et ne peut se mouler sur son contenu solide comme d'ordinaire. On doit, en particulier, se méfier de la fréquence des dilatations douloureuses du côlon droit sur lesquelles M. Grégoire a récemment insisté à juste titre, ces états pouvant d'ailleurs ou non s'accompagner d'une appendicite associée.

Enfin l'examen radiologique de l'estomac permettra de constater ou non la présence d'un spasme pylorique déclanché par la palpation de la région appendiculaire et dont on a tenté de faire un signe d'appendicite chronique.

L'examen radiologique permet en outre la constatation des calcifications et des calculs de la région droite de l'abdomen.

Ainsi donc, en l'absence d'une constatation radiographique de déformations de l'appendice, le diagnostic d'appendicite chronique doit se baser sur la présence d'une zone douloureuse localisée le plus souvent au point d'implantation de l'appendice vers le bord gauche du cæcum ; mais il ne faut pas demander à la radiologie plus qu'elle ne peut donner. Elle précisera la localisation exacte de la douleur sur un point donné qu'il sera utile de contrôler par un ou plusieurs examens à plusieurs jours d'intervalle ; elle affirmera la souffrance d'un organe, mais elle ne sera qu'un élément important de diagnostic apporté au clinicien qui jugera en dernier ressort. Elle permettra, en outre, de donner des renseignements précis sur les autres organes abdominaux.

Dans cette exploration abdominale, comme on le voit, la palpation joue un rôle de premier ordre ; sans elle, le principal élément, la localisation de la douleur, disparaît, mais, pour être valable, elle doit être minutieuse et précise. On a préconisé un certain nombre d'appareils palpeurs, cuillers en bois à manche plusieurs fois recourbé, destinés à remplacer la main du radiologiste et à lui éviter le danger de recevoir des rayons, filtrés

dans une certaine mesure, il est vrai, par le malade lui-même.

Nous avons dû rejeter ces appareils sans précision. La main seule, et encore doit elle être exercée, permet d'apprécier l'intensité de la douleur, d'en préciser le siège et de se rendre compte de la mobilité des organes.

Pour pratiquer la palpation sous l'écran, on s'entourera de toutes les précautions d'usage : gant opaque, localisation étroite de la région à examiner, palpation rapide en plaçant la main le plus possible sous la protection du diaphragme et en ne l'exposant jamais dans une région qui ne serait pas protégée par le corps du malade ; filtrage des rayons par une mince feuille d'aluminium, et enfin minimum d'éclairage de l'écran, qui sera recouvert par une glace au plomb. Minimum de précautions indispensables en raison des très sérieux inconvénients qui peuvent résulter pour le radiologiste d'explorations répétées et prolongées.

La radioscopie est donc une méthode excellente permettant de contrôler la nature de la douleur constatée par la palpation. Comme toute méthode d'examen, elle peut être en défaut, soit parce que le malade ne souffre pas, soit parce qu'il souffre ailleurs qu'au niveau de l'appendice. Basée sur la constatation de l'élément douloureux, elle lui est subordonnée et elle ne peut naturellement s'effectuer que sur des malades qui présentent un point douloureux à la palpation ; or, nous l'avons dit, rien n'est plus variable que la douleur des appendiculaires, selon les sujets, et pour un même sujet, selon les jours. Il faut donc examiner le malade au bon moment ».

M. Aimé a récemment insisté sur l'importance de quelques signes accessoires qui lui permettraient de dépister plus facilement certaines appendicites chroniques méconnues, surtout quand les phénomènes locaux sont peu accusés. Parmi la série de signes signalés par cet auteur nous citerons les modifications portant sur l'image colique et sur le jeu diaphragmatique droit.

« On trouve toujours dans l'appendicite chronique, écrit-il, un repli très caractéristique du côlon transverse dans sa première portion à partir de l'angle hépatique. Ce repli plus ou moins marqué fait que le transverse recouvre, en partie ou en totalité le côlon ascendant, et prend une forme de V dont la pointe est parfois en arrière de la symphyse pubienne. Cette ptose du transverse s'accompagne de ptose de l'angle droit et de tous les phénomènes douloureux d'ordre ptosique ». On observerait souvent une aérocolie très marquée du côté du côlon gauche.

A propos du diaphragme, M. Aimé écrit : « Mon attention a toujours été attirée par la diminution notable du jeu diaphragmatique droit alors que le diaphragme gauche avait un jeu normal, même quand il était soulevé par la poche à air gastrique ou l'angle colique dilaté par les gaz. En faisant respirer profondément le malade, et en mesurant plusieurs fois à l'orthodiagramme la position de la coupole diaphragmatique en action, j'ai constaté une diminution de l'expansion à droite, variant de 30 à 60 %. En outre, alors que la coupole gauche est restée régulièrement arrondie, la coupole droite se contracte irrégulièrement à l'inspiration.

Dans tous les cas, où en l'absence de lésions pulmonaires appréciables radiologiquement, j'ai constaté cette défense diaphragmatique, l'examen radiologique du tube digestif m'a démontré l'existence d'une appendicite chronique méconnue, et tous les symptômes classiques ont disparu après l'intervention chirurgicale. »

Il est permis d'insister sur la valeur que peuvent avoir ces signes radiologiques. Ils relèvent en effet d'une étude basée sur 594 cas d'appendicite chronique constatés à l'écran. Sur ce nombre, la lésion appendiculaire a été confirmée opératoirement dans tous les cas où l'opération a eu lieu (400). Sur tous ces malades, plus de la moitié n'avait jamais senti de douleurs du côté de la fosse iliaque droite, et chez quelques-uns d'entre eux, cette douleur ne se trouvait pas à la palpation sans le secours de l'écran ; (une malade ayant une inversion des viscères souffrait de la fosse iliaque gauche).

Tout dernièrement, M. Aimé a complété l'étude qu'il avait faite sur les modifications du jeu diaphragmatique droit. Il pense que la diminution de l'expansion à droite n'est pas une réaction de défense commune à toutes les dextrites ; en effet il n'a pas constaté de différence entre le jeu diaphragmatique droit et le jeu diaphragmatique gauche dans diverses affections telles que : cholélithiase, cholécystites, ptose hépatique, ulcus duodénal, lithiase rénale. Dans tous les cas où il y a absence de lésions pulmonaires ou pleurales droites, ce signe, non seulement devrait faire soupçonner une appendicite chronique, mais servirait encore à différen-

cier cette affection des autres syndromes douloureux de la région sous-hépatique.

En outre ces constatations radiologiques démontrent l'intérêt clinique des déplacements des points douloureux abdominaux et la nécessité d'examiner cliniquement le malade successivement en position couchée et en position verticale.

Doit-on écarter le diagnostic d'appendicite chronique quand l'examen aussi bien clinique que radioscopique montre la présence d'un point douloureux fixe? Nous ne le pensons pas. Si la plupart du temps la douleur répond à l'appendice, particulièrement à son point d'implantation sur le cæcum, sa pathogénie a été très discutée. En cas de point fixe, une origine nerveuse ou ganglionnaire peut en être la cause. Beaucoup d'auteurs en effet rapportent cette douleur à l'inflammation des ganglions cæco-appendiculaires. Il nous semble donc qu'on puisse avoir une appendicite chronique avec un point douloureux fixe et qu'on soit en droit de la diagnostiquer. Il est inutile d'insister sur l'importance de l'examen clinique dans ces cas. Ce ne sera ordinairement pas après avoir vu le malade une seule fois qu'on pourra avoir une opinion assise. Il faudra parfois une longue observation du sujet avant de formuler un diagnostic et de conseiller une intervention.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

A — Traitement médical

Le régime et la désinfection intestinale sont à la base du traitement médical de ces formes d'appendicite chronique.

Le régime sera, suivant les cas, lacté ou lacto-végétarien. Il convient en effet de réduire au maximum l'apport des matériaux azotés pour diminuer les fermentations intestinales. Le régime doit être appliqué longtemps. Il est nécessaire de le prolonger au moins plusieurs mois si l'on veut obtenir un résultat. Il est d'ailleurs admirablement supporté par ces malades. Le seul inconvénient est l'amaigrissement du sujet ; en pareil cas, dès qu'une certaine amélioration clinique est obtenue, on peut ajouter des viandes grillées ou rôties et du poisson bouilli au repas de midi.

La désinfection intestinale sera réalisée :

1° En facilitant le glissement des matières par l'em-

ploi systématique et longtemps continué de l'huile de paraffine ou de ses équivalents ;

2° Par l'adjonction à ce procédé purement mécanique de purgatifs salins à doses fractionnées et répétées plusieurs jours de suite.

Parmi eux, une place importante nous paraît devoir être réservée au sulfate de soude, à la dose moyenne d'une cuillerée à café chaque matin pendant 5 à 10 jours par mois.

La pratique du tubage duodénal et l'étude de la sécrétion biliaire que ce procédé a permis de réaliser ont d'ailleurs attiré l'attention sur la complexité du rôle du sulfate de soude qui n'agit pas seulement comme laxatif, mais aussi comme cholagogue.

3° Enfin les ferments lactiques pourront utilement jouer un rôle adjuvant dans la lutte contre l'infection intestinale. On les emploiera de préférence sous forme de cultures pures de ferments lactiques prises en assez grande quantité avant chacun des principaux repas. Dans cet ordre d'idée, l'emploi du képhir ou de différents laits fermentés peut être d'un appoint très utile.

Accessoirement, on aura recours à une thérapeutique symptomatique. Ainsi, lorsque le facteur douleur prédomine, le repos physique devra être aussi complet que possible et on pourra prescrire des cataplasmes laudanisés ; ou simplement des compresses humides chaudes, des boules d'eau chaude en application sur la région douloureuse. Il est exceptionnel que les crises soient assez intenses pour nécessiter l'emploi de la morphine.

Inversement, dès que les douleurs sont atténuées et qu'elles ne sont pas réveillées par le mouvement, il pourra être très utile d'agir mécaniquement sur l'évacuation de l'intestin en faisant faire au malade, chaque jour, quelques mouvements de gymnastique abdominale.

B. — Traitement chirurgical

Si, chez les malades pris au début et dont les phénomènes douloureux sont d'apparition récente, le traitement précédent peut donner de remarquables résultats, il faut reconnaître que dans les cas anciens et, en particulier dans les cas avec réaction vésiculaire, le traitement médical soulage mais ne guérit pas, et que si l'on veut mettre le malade définitivement à l'abri de nouvelles crises ou de complications du côté des voies biliaires, l'intervention chirurgicale s'impose. Certains patients en arrivent d'ailleurs à réclamer d'eux-mêmes le bénéfice que seule l'appendicectomie peut leur procurer, car, comme l'a dit La Rochefoucauld : « C'est une ennuyeuse maladie que de conserver sa santé par un trop grand régime ».

L'ablation de l'appendice est le traitement de choix. Cette intervention, qui ne devra porter que sur l'appendice au moment qui paraîtra le plus favorable est d'ailleurs une opération bénigne, ne comptant que des suites opératoires légères. Plus intéressants que la technique sont les résultats post-opératoires : l'amélioration de l'état général est très rapide et très marquée : les malades s'alimentent bien, reprennent des forces et engrais-

sent. Les douleurs disparaissent ainsi que les troubles digestifs.

Mais dans les cas où il existe des doutes sur la coexistence d'une affection biliaire, sur la présence possible de « périviscérites », quand les troubles sont particulièrement intenses, le chirurgien ne devra pas se contenter d'une petite incision ; celle-ci devra être pratiquée de façon à permettre une large exploration abdominale. On s'attachera surtout à rechercher s'il y a précipitation calculeuse au niveau de la vésicule, ou l'existence de lésions de péricholécystite.

C. — Traitement hépatique

Une fois l'appendice enlevé, il ne faudra pas négliger le retentissement hépatique de ces formes d'appendicite chronique.

Si les manifestations vésiculaires ont été prédominantes, il sera bon de continuer la désinfection des voies biliaires par les différents procédés que le tubage duodénal a mis à l'ordre du jour : solution de Bourget, sulfate de soude, sulfate de magnésie. Ces opérés pourront, en outre, tirer le plus grand profit d'une cure à Vichy.

Si l'infection chronique de l'appendice a surtout retenti sur la cellule hépatique, on s'efforcera de stimuler le fonctionnement de cette cellule au moyen de l'opothérapie à la fois hépatique et biliaire.

CONCLUSIONS

1° Parmi les nombreuses formes cliniques de l'appendicite chronique, une place importante doit être réservée aux formes hépatiques.

2° Ces formes peuvent, cliniquement, se présenter sous trois aspects différents :

A). La forme avec cholécystite qu'il conviendrait plutôt d'appeler « forme avec réaction vésiculaire », de beaucoup la plus fréquente.

B). La forme cholémique.

C). La forme avec troubles digestifs liés à une insuffisance hépatique.

3° La coexistence d'appendicite et de cholécystite a d'ailleurs été signalée par de nombreux auteurs. Si nous proposons le terme de « forme hépatique de l'appendicite chronique », c'est que, pour nous, l'atteinte de l'appendice précède celle de la vésicule, ainsi que le démontre le traitement ; la plupart des malades opérés d'appendicite seulement voyant disparaître complètement leurs troubles hépatiques immédiatement après l'intervention.

4° Le diagnostic de ces formes est souvent difficile, car nombre d'affections abdominales donnent lieu à une symptomatologie voisine de celle provoquée par l'infection appendiculaire chronique. Il s'appuiera surtout sur une étude fouillée de l'histoire des antécédents du malade ; sur une recherche minutieuse et une localisation précise des points douloureux abdominaux ; et surtout sur un examen radioscopique avec palpation abdominale sous l'écran, le sujet étant successivement examiné en positions verticale et horizontale.

5° De la connaissance de ces faits découle une sanction thérapeutique. Ces malades, trop souvent considérés comme des « hépatiques » sont en réalité surtout des « appendiculaires » et doivent être traités comme tels.

Si dans quelques cas le traitement médical seul entraîne la guérison, il n'amène parfois qu'une rémission passagère, et seule l'appendicectomie peut faire disparaître complètement les troubles observés.

Cette appendicectomie doit être pratiquée d'ailleurs le plus rapidement possible une fois le diagnostic solidement établi afin d'éviter que les accidents hépatiques trop avancés ne continuent à évoluer pour leur propre compte et n'aboutissent plus tard à la formation de calculs.

Vu, *le Doyen*,
H. ROGER.

Vu, *le Président*,
GUILLAIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

A

Abrami. — Cf. Widal.

Achard. — Infections du foie compliquant l'appendicite (*Soc. méd. des Hôp.*, 16 novembre 1894).

Aimé — Les appendicites méconnues. Grands et petits signes radiologiques de l'appendicite chronique (*Soc. de Méd. de Paris*, 29 mars 1924).

— Etude radiologique du jeu diaphragmatique dans certaines affections inflammatoires abdominales (*Soc. de Gastro-entérologie*, octobre 1926).

Aimé et Haym. — L'examen radiologique dans l'appendicite chronique et les syndromes iliaques droits (*Revue médicale de l'Est*, 15 juillet 1920).

Aine. — Syndromes bilio-colitiques et cures thermales (*Annales de la Soc. d'Hydrologie*, 19 février 1923).

Antoine. — Cf. de Martel.

Antoine et Caspérin. — L'hématologie et le diagnostic des affections gastro-intestinales (*Gaz. des Hôp.*, 3 et 5 janvier 1922).

Aubertin. — Le foie appendiculaire (*Gaz. des Hôp.*, 21 et 28 octobre 1905).

Aubourg. — Radiographies de l'appendice iléo-cæcal sur le vivant (*Presse médicale*, 28 mai 1910).

Auvray. — Diagnostic de l'appendicite (Baillère, 1904).

Aviérinos. — Essai de différenciation clinique et thérapeutique de quelques points douloureux de l'abdomen pour servir au diagnostic des voies digestives, biliaires et des cœlialgies (*Thèse Montpellier*, 1922).

B

Baraduc. — L'entéro-colite muco-membraneuse et son traitement à Châtel-Guyon (Masson, 1905).

Barbet. — Cf. Broca.

Baumann. — Cf. Faroy.

Beau. — Etudes analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépatique (*Arch. gén. de Méd*, 1851).

Beaussenat. — Appendicites expérimentales (*Thèse Paris*, 1897).

Béclère. — Soc. méd. des Hôp. (27 novembre 1903).

— Bull. et mém. de la Soc. de Radiologie méd. de Paris (12 octobre 1909).

Bérard et Vignard. — L'apppendicite (Masson, 1914).

Berger. — Contribution à l'étude de l'appendicite chronique (*Thèse Paris*, 1921).

Bertrand. — Contribution à l'étude du rôle de l'auto-intoxication gastro-intestinale dans l'étiologie de l'insuffisance hépatique chez les européens coloniaux (*Bruxelles médical*, 15 juin 1922).

Bichat. — Cf. Michel.

Binet. — Cf. Durand.

Binnie. — Symptoms of colonic intoxication (*Journal of Am. méd. Association*, 29 juin 1912).

Bith. — Cf. Labbé.

Boix. — Le foie des dyspeptiques et en particulier la cirrhose par auto-intoxication d'origine gastro-intestinale (*Thèse Paris*, 1894)

Bouchard. — Du rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac et des relations cliniques de cette maladie avec

divers accidents morbides (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 13 juin 1884).

Brin. — L'appendicite chronique d'emblée (*Gaz. des Hôp.*, 6 et 13 mars 1909).

Broca et Barbet. — Résultats éloignés de la résection de l'appendice au cours de l'appendicite chronique (*Presse méd.*, 8 août 1908).

Brodin. — Cf. Ronneaux.

— Cf. Laroche.

Brulé. — Sur le diagnostic de l'appendicite chronique (*Presse méd.*, 12 novembre 1924).

Brulé et Garban. — Les procédés actuels d'étude de l'insuffisance hépatique (*Gaz. des Hôp.*, 28 février et 7 mars 1914).

— Foie et pancréas du Traité de Patho. méd. de Sergent (Maloine, 1920).

— Les hépatites et les cholécystites d'origine intestinale (*Presse méd.*, mars 1923)

Brun. — Appendicite chronique (*Presse méd.* des 10 mai 1897 et 30 mars 1898).

Brun et Letulle. — Lésions histologiques de l'appendicite (*Presse méd.*, 4 août 1897).

C

Cade. — L'ulcère du duodénum (*Lyon médical*, 20 et 27 septembre 1925).

Carnot, Blamoutier, Libert et Friedel. — Les périviscérites digestives (Baillière, 1926).

Carnot, Harvier, Friedel et Lardennois. — Les colites (Baillière, 1923).

Caspérin. — Cf. Antoine.

Chartier. — La périduodéno-cholécystite (*Thèse Paris*, 1925).

Chauffard. — Leçons sur la lithiase biliaire (Masson, 1914).

Chevassu-Périgny. — De la fréquence de l'appendicite chronique (*Thèse Paris*, 1909).

Chiray. — In compte rendu de la séance du 8 octobre 1923 de la Soc. de Gastro-entérologie de Paris (*Archives mal. App. digest. et nutrition*, t. XIII).

Chiray et Lebègue. — La congestion hépatique active (*Presse méd.*, 3 octobre 1923).

Chiray et Pavel. — Pathogénie de la colique hépatique (*Presse méd.*, 10 février 1926).

Chiray, Pavel et Marie. — Pathogénie et traitement de la cholécystite chronique non lithiasique (*Presse méd.*, 13 octobre 1926).

Chiray et Semelaigne. — La cholécystite chronique non calculeuse (*Presse méd.*, 12 août 1922).

Combe. — L'auto-intoxication intestinale (Baillière, 1907).

Comby. — Soc. méd. des Hôp. (27 novembre 1903).

— Appendicite chronique chez les enfants (*Bulletin méd.* 10 juin 1908).

Cotar. — Des appendicites larvées (*Thèse Paris*, 1901).

Cruet. — Modifications subies par le foie sous l'influence de l'alimentation insuffisante chez les dyspeptiques (*Thèse Paris*, 1902).

D

Debove et Rémond. — Traité des maladies de l'estomac (Rueff 1894).

Deguéret. — Relations pathologiques du foie et de l'estomac (*Thèse Paris* 1894).

Delagénière. — Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique (*Congrès français de chirurgie* 1911).

Delion. — Diathèse d'auto-infection et appendicite (*Thèse Paris* 1904).

Descomps. — Les appendicites sans péritonite (*Paris médical*, 11 juin et 20 août 1921).

Dieulafoy. — Sur l'association de l'appendicite et de la cholécystite (*Pr. méd.* 17 juin 1903).

— Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu (1905-1906, t. V).

Duclaux. — Salpingite ou appendicite ? Salpingite et appendicite ? (*La médecine*, avril 1922).

Dupuy de Frenelle. — Les signes de probabilité et de certitude de l'appendicite chronique (*Soc. de méd. de Paris*, 29 mai 1920).

Durand et Binet. — Appendicite et cholélithiase (*Le monde médical*, 1er juin 1922).

— Les typhlo-cholécystites chroniques (*La médecine pratique*, 31 mars 1924).

Duroselle. — Péricolites et appendicite chronique (*Thèse Paris* 1919).

Duval et Roux. — La stase stercorale cæco-ascendante (*Arch. des maladies de l'app. digest. et de la nutr.*, t. X).

E

Ehrmann. — Des rapports de l'appendicite avec l'entérocolite muco-membraneuse (*Thèse Paris* 1903).

Enriquez. — Les séquelles de l'appendicectomie (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 16 mars 1920).

Enriquez et Gutmann. — La sciatique appendiculaire (*Soc. méd. des Hôp.*, 27 juin 1913).

— La fausse coxalgie d'origine appendiculaire (*Soc. méd. des Hôp.*, 18 juillet 1915).

Enriquez, Gutmann et Rouvière. — La vagotonie appendiculaire (*Soc. méd. des Hôp.*, 16 décembre 1921).

Esmonet. — Cf. Lœper.

Ewald. — Congrès de la Soc. allemande de chirurgie, avril 1899 (*Semaine médicale*, 15 avril 1899).

F

Fabre. — L'appendicite à forme néoplasique (*Thèse Paris* 1898).

Faroy et Baumann. — Les deux étapes de la typhlocolite chronique (*Pr. méd.*, 23 juin 1926).

Faure (J.-L.). — Pourquoi l'appendicite chronique doit être opérée (*Pr. méd.*, 19 novembre 1924).

Féyat. — De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque (*Thèse Lyon*, 1890).

Fiessinger (Noël). — Les insuffisances hépatiques. (*Journ. des Prat.*, 8, 15, 22, 29 juillet et 5 août 1922).

— Les fausses appendicites. (*Journ. des Prat.*, 2 septembre 1922).

Flandrin. — Complications de l'appendicite chronique et séquelles de l'appendicectomie (*Thèse Paris*, 1922).

Foucaud et Salignat. — Dyspepsie appendiculaire (*Presse méd.*, 25 mai 1907).

G

Gaehlinger. — Cf. Pauchet.

Galliard. — Maladies de l'intestin (*Gilbert et Thoinot*, t. XVII, Baillère 1907).

Garban. — Cf. Brulé.

Gilbert et Lereboullet. — La diathèse d'auto-infection et les polycanaliculites microbiennes (*Soc. de biologie*, 23 mai 1903).

Girault. — Recherche de l'hémoclasie digestive au cours de certaines affections du tube digestif et dans la cholélithiase. (*Arch. mal. de l'app. digest. et nutr.*, t. XIII).

Girou. — L'appendicite chronique pure (*Thèse Paris* 1913).

Glénard. — Les troubles intestinaux d'origine hépatique (*Annales de la Soc d'hydrologie*, 4 décembre 1922).

— L'hépatisme (L'expansion scientifique française, 1922).

Glénard et Rouzaud. — Entéroptose et insuffisance hépatique (*Soc. méd. des Hôp.*, 6 mai 1921).

Gouget. — Cæcum mobile et appendicite chronique (*Presse méd.*, 5 novembre 1910).

Goursolas. — Les formes dyspeptiques de l'appendicite (*Thèse Lyon* 1903).

Grégoire. — Péricolite membraneuse et appendicite chronique. (*Arch. des mal. app. dig. et nutr.*, t. X.).

— Dilatation douloureuse du côlon droit et appendicite chronique. (*Arch. mal. app. digest. et nutr.* T. X.).

— Les pseudo-appendicites chroniques (*Paris médical*, 10 mai 1919).

Guibé. — Sur les rapports entre l'appendicite et la diverticulite. (*Pr. méd.*, 30 août 1913).

Guillaume. — Les colotyphlites et le syndrome de la fosse iliaque droite, (Doin, 1924).

Guilloire. — La forme angio-spasmodique de l'entéro-colite muco-membraneuse (*Thèse Paris*, 1908).

Guinard. — Les appendicites méconnues. (*Journ. des Prat.*, 19 décembre 1908).

Gutmann. — Les formes à surprises de l'appendicite chronique (*Thèse Paris*, 1914).

— L'examen d'une appendicite chronique (*L'Hôpital*, mai 1922 B).

— Cf. Enriquez.

H

Hanot. — Rapport de l'intestin et du foie en pathologie. (Congrès français de médecine, Bordeaux 1895).

— La cirrhose du Budd (*Arch. génér. de méd.*, janvier 1899).

Harvier. — Cf. Carnot.

Hayem. — Clinique médicale (*Bull. méd.*, 1894).

Haym. — Cf. Aimé.

Huguier. — Etude critique de l'appendicite chronique (*Journ. des Prat.*, 31 janvier 1925).

Hutinel et Thiercelin. — Dyspepsie et entérites infantiles (*Gilbert et Thoinot*, t. XVII, Baillière 1907).

I

Iancovesco. — Cf. Widal.

Iliescu (Michail O). — Le signe du phrénique droit dans les appendicites et les séquelles appendiculaires du carrefour subhépatique (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 26 janvier 1926).

J

Jacob. — Cf. Savariaud.

Jaisson. — Diagnostic radiographique d'une appendicite chronique perforée (*Revue méd. de l'Est*, 15 décembre 1920).

— Etude radiologique de l'appendice dans l'appendicite chronique (*Journ. de radiologie et d'électrologie*, juin 1921).

Jalaguier. — Soc de chirurgie (14 février 1900).

Jordan. — Some of the résults of néglected chronic intestinal stasis (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1914, t. XIX).

Jouaust. — Cf. Soupault.

Journal médical français. — Avril 1924. Pathologie de l'appendice.

— Février 1926. Périviscérites.

K

Kelly (Howard A.). — Les débuts de l'histoire de l'appendicite en France (*Soc. de Chir.*, 10 juin 1903).

L

Labbé et Bith. — Les insuffisances fonctionnelles du foie (*Annales de médecine*, 1920).

Lair. — Contribution à l'étude du diagnostic différentiel

de la cholécystite, de l'appendicite et de quelques affections du rein droit (*Thèse Paris*, 1926).

Lane. — Chronic intestinal stasis (*The Brit. méd. Journal*, 4 mai 1912).

Langenhagen (de). — L'entéro-colite muco-membraneuse (*La Sem. méd.*, 5 janvier 1898).

Lardennois. — Cf. Carnot.

Laroche, Brodin et Ronneaux. — Etude critique de l'appendicite chronique. Importance de l'examen radioscopique (*Presse méd.*, 8 avril 1922).

Lebègue. — Contribution à l'étude de la congestion hépatique active d'origine digestive (*Thèse Paris*, 1923).

— Cf. Chiray.

Lebon. — Contribution à l'étude de la stase colique et de ses formes cliniques (*Thèse Paris*, 1924).

Le Gendre. — Bull. et mém. Soc méd. des Hôp. (26 février 1892).

Lejars. — Les points douloureux appendiculaires (*La Sem. méd.*, 11 mars 1908).

— La stase intestinale chronique (*La Sem. méd.*, 24 mai 1911).

Lereboullet. — Cf. Gilbert.

Lescure. — Contribution à l'étude du diagnostic radiologique de l'appendicite chronique (*Thèse Paris*, 1923).

Letulle. — Cf. Brun.

Leven. — Cf. Soupault.

Levrey. — Du rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique au cours des appendicites (*Thèse Paris*, 1899).

Lévy. — Essai sur la cholécysto-appendicite (*Thèse Nancy*, 1904).

Loeper. — La dilatation du cæcum (*Leçons de patho. digest.*, 1re série. Masson 1910).

— Le foie torpide (*Leçons de patho. digest.*, 1re série).

— L'anémie des entéritiques (*Leçons de patho. digest.*, 2e série. Masson 1912).

Lœper et Esmonet. — Les algies sympathiques et l'hyperesthésie de l'abdomen (*Pr. méd.*, 23 avril 1910).

— Point douloureux de l'artère iliaque droite et faux points appendiculaires (*Bull. Méd.*, 28 mai 1910).

Luna (C. de). — Cf. Oddo.

M

Marie. — Cf. Chiray.

Marre. — Les réactions générales d'origine colique (*Thèse Paris*, 1910).

Martel (de) et Antoine. — Les fausses appendicites (Masson 1922).

Mathieu. — Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin (Doin 1901).

Mathieu de Fossey. — Cf. Savignac.

Mathieu et Roux. — Pathologie gastro-intestinale (t. I, III, IV, Doin 1909, 1911, 1913).

Matignon. — Contribution à l'étude du petit entérocolisme (*Arch. mal. de l'app. digest. et de la nutr.*, t X).

Mauté. — Cf. Tuffier.

Mayeur. — Techniques et résultats de l'examen extérieur du foie chez les dyspeptiques (*Thèse Paris*, 1900).

Mériel. — Appendice rétro-cæcal et syndrome cholécystique (*Presse Méd.*, 3 avril 1909).

Michel et Bichat. — Contribution à l'étude de la dyspepsie appendiculaire (*Revue méd. de l'Est*, 1903).

Milian. — Deux cas de cirrhose dyspeptique (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, mars 1899).

Montais. — Appendicite chronique d'emblée (*Thèse Paris*, 1900).

Moty. — Observation d'appendicite latente (*Gaz. des Hôp.* 13 mai 1902).

O

Oddo et de Luna. — Les sympathèses gastro-hépatiques (*Gaz. des Hôp.*, 19 et 26 mai 1923).

Oddo et de Luna. — Sympathèses hépato-intestinales (*Gaz. des Hôp.*, 5 et 12 janvier 1924).

P

Parturier. — Cf. Ramond.

Pauchet. — Stase intestinale chronique (*Gaz. des Hôp.*, 15 mars 1919).

— Les fausses appendicites chroniques (*Soc. de Méd. de Paris*, 18 décembre 1920).

Pauchet et Gaehlinger — La constipation (Doin 1926).

Pavel. — Cf. Chiray.

Paviot. — Cf. Tripier.

Pesquerel. — Appendicites chroniques (*Thèse Paris*, 1899).

Poenaru Caplesco. — Sur les manifestations hépatiques dues à l'appendicite latente (Les hépatiques appendiculaires (*Soc. Méd. des Hôp. de Bucarest*, 18 février 1920). Analysé par Pron *in* Archives mal. app. digest. et nutr. t., X.).

— La douleur peut être absente au cours de l'appendicite latente (*Bulletin Acad. de Méd.*, 3 juillet 1923).

Potherat — Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique (*Congrès français de chirurgie*, 1911).

Pron. — Difficulté de diagnostic de l'appendicite chronique d'après Th. Hausmann (Die methodische intestinal palpation, Berlin 1910), (*La Clinique*, 14 octobre 1910).

R

Ramond et Parturier. — Les points douloureux du carrefour sous-hépatique et la ptose duodénale (*Presse méd.*, 18 avril 1923).

— Cholécystite et appendicite chroniques (*Presse méd.*, 5 juin 1926).

Rastouil. — Appendicite chronique (*Thèse Paris*, 1901).

Reclus. — L'appendicite chronique d'emblée (*Gaz. des Hôp.*, 19 octobre 1905).

Rémond. — Cf. Debove.

Renaud (Denis). — Contribution à l'étude des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite (*Thèse Paris*, 1923).

Renaudeaux. — Constipation et transit iléo-cæcal (*Thèse Paris*, 1921).

Richelot. — Appendicite chronique (*Congrès français de chir.*, 1911).

Richet. — Dictionnaire de physiologie, t. II., et VI, (Alcan 1897 et 1904).

Riou. — De l'appendicite chronique (*Thèse Paris*, 1908).

Robin. — Les maladies de l'estomac (Diagnostic et traitement, t. I, Rueff, 1900).

Roger. — Physiologie normale et pathologique du foie (Masson, 1922).

Ronneaux. — Cf. Laroche.

Ronneaux et Brodin. — Appendicite chronique. Calcifications ganglionnaires (*Soc. de Radio. méd. de France*, 14 mars 1922).

Roques. — La stase intestinale (*Thèse Paris*, 1919).

Rouvière. — Contribution à l'étude des réactions du pneumogastrique dans l'appendicite chronique (*Thèse Paris*, 1921).

— Cf. Enriquez.

Roux. — Stase stercorale droite et constipation gauche (*Arch. mal App. digest. et nntr.*, t. XII).

— Cf. Duval.

— Cf. Mathieu.

Roux Berger. — Stase intestinale chronique (*Journ. des Prat.*, 4 janvier 1919).

Rouzaud. — Cf. Glénard.

S

Salignat. — Cf. Foucaud.

Sarles. — Cf. Savignac.

Savariaud et Jacob. — Valeur du signe de Sicard ou réflexe cutané abdominal dans l'appendicite aiguë (*Journ. de méd. de Paris*, 20 mai 1920).

Savignac et Mathieu de Fossey. — Contribution à l'étude de l'insuffisance hépatique dans les entéro-colites chroniques (*Soc. méd. des Hôp.*, 18 mai 1923).

Savignac, Mathieu de Fossey et Sarles. — Réactions nerveuses des colites (*Paris méd.*, 9 octobre 1926).

Schwartz. — De l'appendicite chronique (*Progrès méd.*, 22 janvier 1910).

Semelaigne. — Contribution à l'étude des cholécystites chroniques non calculeuses (*Thèse Paris*, 1922).

— Cf. Chiray.

Sicard. — Le réflexe cutané abdominal au cours de la fièvre typhoïde et de l'appendicite chez l'enfant (*Pr. méd.*, 11 janvier 1905).

Silhol. — L'examen du sang en chirurgie et en particulier au point de vue du diagnostic et du pronostic de l'appendicite (*Thèse Paris*, 1903).

— Diagnostic de l'appendicite chronique (*Congrès français de chirurgie*, 1911).

Siredey. — Etude clinique sur quelques formes frustes de l'appendicite chronique (*Soc. méd. des Hôp.*, 20 novembre 1903).

Smithies. — Chronic intestinal stasis and its associated so-called-toxæmia (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1916).

Sorrel. — La stase intestinale chronique (*Thèse Paris*, 1914).

Soupault. — Traité des maladies de l'estomac (Baillière, 1906).

Soupault et Jouaust. — Appendicite larvée et troubles menstruels (*Soc. méd. des Hôp.*, 27 novembre 1903).

T

Thevenin. — Syndrome cholécystique et syndrome appendiculaire (*Thèse Paris*, 1907).

Thiercelin. — Cf. Hutinel.

Toulouse. — Contribution à l'étude des périviscérites du carrefour sous-hépatique (*Thèse Paris*, 1923).

Tripier et Paviot. — La péritonite sous hépatique d'origine vésiculaire (*Encyclopédie Léauté*).

Tuffier et Mauté. — Cirrhose du foie et appendicite (*Pr. méd.*, 29 juin 1904).

V

Vignard. — Cf. Bérard.

W

Wagon. — L'appendicite chronique d'emblée (*Thèse Paris*, 1904).

Walter-Sallis. — Le foie dans l'appendicite (*Revue de Chir.*, 1914, t. XLIX).

Walther. — Soc. de Chir. (7 et 14 février, 7 mars, 11 juillet 1900, 2 mars 1904).

— Sur une forme d'appendicite chronique ; appendicite avec adhérences épiploïques (*Congrès français de chir.*, octobre 1898).

— Des troubles digestifs dans l'appendicite chronique. Rôle de l'infection et des épiploïtes (*Journ. des Prat.*, 24 mars 1900).

Weil (Marguerite). — Points douloureux abdominaux et des erreurs de diagnostic qu'ils comportent (*Thèse Paris*, 1911).

Widal, Abrami et Iancovesco. — Epreuve de l'hémoclasie digestive dans l'étude de l'insuffisance hépatique (*Pr. méd.*, 11 décembre 1920).

TABLE DES MATIÈRES

		Pages
Introduction		7
Chapitre I.	— Historique des rapports entre le tube digestif et le foie	10
— II.	— Etude clinique :	
	Observations	23
	Symptomatologie	43
— III.	— Evolution	55
— IV.	— Pathogénie	58
— V.	— Diagnostic :	
	I) Différentiel	71
	II) Positif	96
— VI.	— Traitement	119
Conclusions		123
Bibliographie		125

1926. — Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.